Institutul de Investigare a Crimelor Comunismului
şi Memoria Exilului Românesc

Politica pronatalistă a regimului Ceauşescu

• •

Instituții şi practici

Institutul de Investigare a Crimelor Comunismului şi Memoria Exilului Românesc

Consiliul ştiinţific:
Vladimir Tismăneanu, preşedinte (University of Maryland, College Park, SUA)
Mihnea Berindei (Institut des Sciences Sociales du Politique/CNRS, Franţa)
Maria Bucur (University of Indiana, SUA)
Dorin Dobrincu (Arhivele Naţionale ale României)
Tom Gallagher (University of Bradford, Marea Britanie)
Paul Hollander (University of Massachusetts, SUA)
Anna Kaminsky (Stiftung zur Aufarbeitung der SED-Diktatur, Germania)
Mark Kramer (Harvard University, SUA)
Nicolae Manolescu (Ambasador al României la UNESCO)
Bogdan Murgescu (Universitatea din Bucureşti, România)
Andrzej Paczkowski (Collegium Civitas, Polonia)
Janos Rainer (1956 Institute, Budapesta, Ungaria)
Jacques Rupnik (Centre d'Études et des Recherches Internationales, Franţa)
Levente Salat (Universitatea „Babeş-Bolyai", România)
Lavinia Stan (St. Francis Xavier University, Canada)

Conducerea executivă:
Ioan Stanomir, preşedinte
Cristian Vasile, director ştiinţific

www.iiccmer.ro

© 2011 by Editura POLIROM

Această carte este protejată prin copyright. Reproducerea integrală sau parţială, multiplicarea prin orice mijloace şi sub orice formă, cum ar fi xeroxarea, scanarea, transpunerea în format electronic sau audio, punerea la dispoziţia publică, inclusiv prin internet sau prin reţele de calculatoare, stocarea permanentă sau temporară pe dispozitive sau sisteme cu posibilitatea recuperării informaţiilor, cu scop comercial sau gratuit, precum şi alte fapte similare săvârşite fără permisiunea scrisă a deţinătorului copyrightului reprezintă o încălcare a legislaţiei cu privire la protecţia proprietăţii intelectuale şi se pedepsesc penal şi/sau civil în conformitate cu legile în vigoare.

www.polirom.ro

Editura POLIROM
Iaşi, B-dul Carol I nr. 4; P.O. BOX 266, 700506
Bucureşti, Splaiul Unirii nr. 6, bl. B3A, sc. 1, et. 1, sector 4, 040031, O.P. 53, C.P. 15-728

Descrierea CIP a Bibliotecii Naţionale a României:

Politica pronatalistă a regimului Ceauşescu / Corina Doboş (coord.). – Iaşi: Polirom, 2011 – 2 vol.

ISBN: 978-973-46-1836-1

Vol. 2: Instituţii şi practici. – Luciana M. Jinga, Florin S. Soare (coord.), Corina Doboş, Cristina Roman. – 2011. – 978-973-46-2014-2

I. Jinga, Luciana M. (coord.)
II. Soare, Florin S. (coord.)
III. Doboş, Corina
IV. Roman, Cristina

314.3(498)

Printed in ROMANIA

Luciana M. Jinga, Florin S. Soare
(coordonatori)
Corina Doboş, Cristina Roman

POLITICA PRONATALISTĂ A REGIMULUI CEAUŞESCU

••

Instituţii şi practici

Cuvânt înainte de Mihaela Miroiu

POLIROM
2011

CORINA DOBOŞ (PĂLĂŞAN) (n. 1980) este doctorandă în istorie a Universităţii Bucureşti şi a University College London, cercetătoare în cadrul Institutului de Investigare a Crimelor Comunismului şi Memoria Exilului Românesc. Domenii de interes : biopolitica, istoria criminologiei, imaginarul corpului, imaginarul ştiinţific, semiotica medicală. A publicat : „The Universality of Reason and its National Fulfilment. The Political Writings of J.J. Rousseau and J.G. Fichte as Intellectual Sources of Nationalist Ideology", *Studia Universitatis Babeş-Bolyai. Historia*, Cluj-Napoca, ianuarie 2007 ; „Organizarea ştiinţifică a societăţii sau ştiinţele sociale în primii ani ai regimului Ceauşescu. Cazul judeţului Iaşi, 1970-1972", în *Structuri de partid şi de stat în timpul regimului comunist. Anuarul IICCR*, vol. III, Polirom, Iaşi, 2008 ; „Caracterul profund restrictiv al politicii nataliste în România comunistă, 1966-1989", în R. Ivan (coord.), *Transformarea socialistă. Politici ale regimului comunist între ideologie şi administraţie*, Polirom, Iaşi, 2009 ; „Domesticating violence in interwar Romania", în Marika Guggisberg şi David Weir (eds.), *Understanding violence : Contexts and Portrayals*, Inter-Disciplinary Press, 2009.

LUCIANA M. JINGA (n. 1982) este doctor în istorie al Universităţii „Al.I. Cuza" Iaşi şi al Universităţii din Angers, Franţa, în cadrul laboratorului Centre de Recherches Historiques de l'Ouest (CERHIO), cercetătoare în cadrul Institutului de Investigare a Crimelor Comunismului şi Memoria Exilului Românesc. Domenii de interes : istoria comunismului românesc, organizaţiile de masă în comunism, istoria femeilor, feminism, studii de gen. A publicat : „Forme de organizare ale «Muncii cu femeile» în cadrul PCR (1944-1954)", în *Structuri de partid şi de stat în timpul regimului comunist. Anuarul IICCR*, vol. III, Polirom, Iaşi, 2008 ; „Condiţia femeii în România comunistă", în Stéphane Courtois (coord.), *Dicţionarul comunismului*, Polirom, Iaşi, 2008 ; este editor al volumului de eseuri *Elev în comunism*, Curtea Veche, Bucureşti, 2009.

CRISTINA ROMAN (n. 1976) este doctorand al Facultăţii de Istorie, Universitatea din Bucureşti, cercetătoare în cadrul Institutului de Investigare a Crimelor Comunismului şi Memoria Exilului Românesc. Domenii de interes : lichidarea elitei politice româneşti, colectivizarea, istoria Partidului Comunist Român, instituţii, retorica şi propaganda ideologiei comuniste în domeniul ştiinţelor sociale, legislaţia represiunii comuniste, mecanismele sistemului represiv din România. A publicat : „Campania de lichidare a opoziţiei politice în perioada 1945-1947", în Cosmin Budeancă, Florentin Olteanu (coord.), *Forme de represiune în regimurile comuniste*, Polirom, Iaşi, 2008 ; „Transformarea forţată a proprietăţii agricole individuale în proprietate colectivă – represiunea (1949-1953)", în Cosmin Budeancă, Florentin Olteanu (coord.), *Stat şi viaţă privată în regimurile comuniste*, Polirom, Iaşi, 2009 ; „Lichidarea structurilor politice democratice din România 1945-1947", în *Sistemul comunist între realităţi şi discurs istoriografic*, Institutul Naţional pentru Studiul Totalitarismului, Bucureşti, 2009.

FLORIN S. SOARE (n. 1984) este doctorand al Facultăţii de Istorie, Universitatea din Bucureşti, cercetător în cadrul Institutului de Investigare a Crimelor Comunismului şi Memoria Exilului Românesc. Domenii de interes : structurile de putere ale Partidului Comunist Român, retorica şi propaganda ideologiei comuniste, politici sociale iniţiate de regimul comunist, tranziţia post-comunistă. A publicat : „Politica natalistă în România 1966-1989", în Stéphane Courtois (coord.), *Dicţionarul comunismului*, Polirom, Iaşi, 2008.

Cuprins

Cuvânt înainte (Mihaela Miroiu) 9
Listă de abrevieri 12
Introducere (Luciana M. Jinga) 13
Obiectivele studiului 14
Surse şi metodologie 15
Structură 18
Ipoteze de cercetare 21

Partea I
Instituţii

Capitolul 1. Ministerul Sănătăţii – organizare şi implicare în politica demografică (*Luciana M. Jinga*) 25
Conducerea ministerului 25
Consiliul de conducere 25
Ministrul Sănătăţii şi adjuncţii săi 30
Direcţiile din minister responsabile cu implementarea politicii demografice 32
Comisiile de specialişti ale Ministerului Sănătăţii 34
Reţeaua sanitară în teritoriu 35
Direcţiile sanitare judeţene 35
Tipurile de unităţi medicale 37
Corpul medical 40
Atribuţii 40
Masculin/Feminin 42
Militantism. Carieră. Traiectorii de excepţie 47

Capitolul 2. Inspecţii în teritoriu (*Luciana M. Jinga*) 49
Organismele responsabile cu pregătirea şi efectuarea acţiunilor de îndrumare şi control 49
Motivele demarării acţiunii de îndrumare şi control, prioritate, ritmicitate ... 50
Echipele de control 51
Tipuri de control 54
Acţiunile de îndrumare şi control la nivel judeţean în direcţia creşterii natalităţii şi a celorlalţi indici demografici 54
Tematicile acţiunilor de îndrumare şi control la nivel judeţean cu privire la asistenţa medico-sanitară a populaţiei 57

Acţiuni de îndrumare şi control la nivel de municipiu 58
Control la nivel de unitate sanitară 60
Control la nivel de instituţie 61
Rezultatele controalelor 64
Recomandări pentru îmbunătăţirea activităţii 64
Responsabilii cu îmbunătăţirea activităţii 66
Sancţiuni 67

Capitolul 3. Colegiile de disciplină ale personalului sanitar (*Florin S. Soare*) 69
Introducere 69
Înfiinţarea Colegiului Medicilor şi Farmaciştilor 69
Organizarea şi funcţionarea Colegiului Medicilor şi Farmaciştilor 73
Activitatea desfăşurată în perioada 1971-1978 76
Transformarea în colegii de disciplină 78
Colegiile de disciplină ale personalului medico-sanitar
şi proiectul demografic 80
Suspendarea dreptului de exercitare a profesiei 82
Concluzii 85

Capitolul 4. Comisia Naţională de Demografie (*Florin S. Soare*) 86
Introducere 86
Înfiinţarea Comisiei Naţionale de Demografie 87
Legislaţia privind organizarea şi funcţionarea CND 91
Activitatea în plan intern 95
Studii de caz 97
Conferinţa Mondială a Populaţiei – Bucureşti 1974 97
Centrul Demografic al ONU în România (CEDOR) 102

Capitolul 5. Consiliul Sanitar Superior (*Florin S. Soare*) 108
Introducere 108
Înfiinţarea Consiliului Sanitar Superior 109
Organizarea şi funcţionarea Consiliului Sanitar Superior
în perioada 1969-1975 111
Decretul nr. 116/1975 – reorganizarea Consiliului Sanitar Superior 112
O analiză cantitativă 114
Activitatea CSS în perioada 1975-1983 115
Consiliul Sanitar Superior – coordonator al politicii demografice 117
Informări şi planuri de măsuri 119
Concluzii 122

Capitolul 6. Implicarea Ministerului de Interne în politica demografică
(*Florin S. Soare*) 123
Introducere 123
Omniprezenţa Ministerului de Interne 124
Relaţia cu personalul sanitar. Ingerinţe în actul medical 126
Controale ginecologice periodice 128
Rezultatele activităţii 130
Personal medico-sanitar cercetat de organele MAI/cazuri 133
Caz Arhiva MAI 135

Capitolul 7. Legislaţia penală privind avortul.
Cazuri în instanţe (*Florin S. Soare*) 136
Introducere 136
Avortul în Codul Penal 137
Perioada 1948-1966 137
Incriminarea avortului, 1966-1989 139
Cazuri în instanţă 148
Speţe 149

Partea a II-a

Practici

Capitolul 8. Evoluţia numărului de avorturi, 1966-1989 (*Luciana M. Jinga*) 159
Evoluţia cifrei avorturilor incomplete 164
Evoluţia cifrei avorturilor legale 168
Condiţionări în evoluţia numărului total
al întreruperilor de sarcină, 1967-1989 170

Capitolul 9. Mortalitatea maternă în România, 1966-1989 (*Cristina Roman*) 172
Introducere 172
Mortalitatea maternă în România ceauşistă 172
Decesele materne prin risc obstetrical 173
Decesele materne prin avort ilegal 176
Evoluţia ratei mortalităţii materne provocate de cauze obstetrice
şi avorturi ilegale în intervalul 1965-1989 176
Mortalitatea maternă din România
în analiza mediilor ştiinţifice occidentale 178
Dosarele deceselor materne cauzate
de întreruperile ilegale de sarcină 181
Concluzii 183

Capitolul 10. Mortalitatea infantilă din România, 1965-1989 (*Cristina Roman*) 184
Introducere 184
Cauzele mortalităţii infantile, 1965-1989 184
Mortalitatea infantilă din România ceauşistă 188
Mortalitatea perinatală 188
Mortalitatea neonatală 191
Mortalitatea postneonatală 192

Capitolul 11. Abandon familial. Ocrotire. Distrofici (*Luciana M. Jinga*) 194
Cadrul legislativ 195
Numărul minorilor asistaţi în instituţiile de ocrotire ale statului 197
Spitale 198
Leagăne de copii 202
Casele de copii 205
Cămine-spital 208
Cine intra în sistem 211

Condiţiile de îngrijire oferite copiilor în cadrul diferitelor instituţii de ocrotire ... 215
Baza materială 215
Îngrijire medicală 216
Condiţii de trai : hrană, căldură 217
Consecinţe 220
Întârzieri în dezvoltare 220
Îmbolnăviri 224
Distrofia 225
Mortalitatea 228

Capitolul 12. Evoluţia sistemului de creşe din România, 1965-1989
(*Corina Doboş*) 230
Introducere 230
Evoluţia numărului de locuri în creşe 232
Ineficienţa creşelor 233
Condiţii de îngrijire necorespunzătoare în creşe.
Morbiditatea accentuată 235
Personalul insuficient şi lipsa de îngrijire a copiilor din creşe 237
Dificultăţi legate de transport şi amplasarea creşelor 240
Deficienţe legate de hrana copiilor în creşe 241
Deficienţe legate de spaţiul creşelor 243

Concluzii (Luciana M. Jinga) 247
Anexe 251
Bibliografie 299
Index 305

Cuvânt înainte

În anul 2010 apărea la Editura Polirom primul volum al cărţii *Politica pronatalistă a regimului Ceauşescu. O perspectivă comparativă*. Coordonatoarea Corina Doboş şi coautorii Luciana Jinga şi Florin Soare ne-au aşezat în faţa ochilor şi minţilor o carte cu totul specială. Ea venea la un deceniu după deja faimoasa internaţional *Politica duplicităţii. Controlul reproducerii în România lui Ceauşescu*, scrisă de Gail Kligman, precum şi după studiile Adrianei Băban pe tema sexualităţii cenzurate şi maternităţii forţate. Ineditul volumului coordonat de Corina Doboş rezidă din comparativism. Aşa cum ne-au demonstrat autorii, nu orice fel de comunism a condus la etatizarea facultăţilor reproductive ale femeilor şi la umilirea deplină a acestora ca femei. Suntem cu adevărat unici în lumea comunistă. Bulgaria, Ungaria, RDG, Polonia trăiau sub acelaşi soare ideologic, dar le lipseau două componente importante : aspectul naţionalist al comunismului şi dictatura unipersonală care, în sensul temei, au impus voinţa conducătorului (Nicolae Ceauşescu) privind multiplicarea „fiinţei naţionale" şi a constructorilor comunismului.

Acest al doilea volum, aflat în faţa dumneavoastră, ne înfăţişează foarte bine documentat felul cum a funcţionat sistemul prin instituţiile şi practicile acestuia, cum au trăit medicii conflictul între jurământul lui Hipocrate şi ordinele de la partid, cât de pervers a devenit controlul asupra femeilor, cum s-au instaurat frica, duplicitatea şi complicitatea. Spre deosebire de volumul lui Gail Kligman, care insistă în mod special asupra politicii pronataliste trăite, acest volum insistă asupra instituţiilor şi practicilor pronataliste. Autorii săi au desfăşurat o uriaşă muncă de documentare în arhive, cu precădere ale Ministerului Sănătăţii şi al Muncii, ale CNSAS şi Europei Libere.

Prin acest volum beneficiem de o cunoaştere mult mai lucidă a trecutului recent, atât de recent încât, de exemplu, cea care scrie acest cuvânt înainte i-a fost parte în calitate de obiect al politicii pronataliste. Aflăm, de la Luciana Jinga şi Florin Soare, care sunt instituţiile şi cine sunt oamenii care au construit proiectul pronatalist în formă prohibitiv-forţată, cine sunt cei ce îi asigurau şi controlau aplicarea, cine sunt cei care au încercat breşe de rezonabilitate în această maşinărie umilitor-distructivă. De la Luciana Jinga şi Cristina Roman aflăm care au fost rezultatele în termeni de naşteri, avorturi licite şi clandestine, mortalitate infantilă şi maternă, orfani şi abandonaţi, cât de ocrotitoare erau instituţiile de protecţie a copiilor. Şi, de ce nu, reflectăm la o problemă care pluteşte mereu deasupra noastră : cât de amorali am putut deveni într-o lume care ne-a luat libertatea, dar ne-a lăsat răspunderea.

Determinismul demografic este impus de o sumă de legi, reglementări, instituţii. Scopul său este unul evident economic. Oamenii nu trebuie să se nască atunci când vor şi pot părinţii lor să îşi asume o astfel de responsabilitate, ei nu trebuie să se bucure de drepturi, de munca predecesorilor ca să poată trăi cu sens, căutându-şi împlinirea. Oamenii trebuie să se nască atunci când vrea Partidul (respectiv, conducătorul), în procent predeterminat, să crească sub aripa controlatoare a partidului-stat şi să trăiască sub specia sacrificiului de sine pentru construcţia societăţii socialiste multilateral dezvoltate până ce moartea îi va scăpa de toate determinismele, dacă nu cumva vor muri tocmai din cauza acestora. Aşa cum ne relevă cercetarea de faţă, ca să pună în joc această maşinărie deterministă, PCR nu a angrenat doar Ministerul

Sănătăţii, Colegiul Medicilor, Consiliul Sanitar Superior, Comisia Naţională de Demografie, ceea ce este firesc, dar şi Procuratura, Miliţia, Securitatea, Direcţia Generală a Penitenciarelor. Prima categorie de instituţii este analizată în complexitatea comportamentelor ei. Rezonabilitatea acestora varia invers proporţional cu politizarea. Cu alte cuvinte, medicii îşi păstrau angajamentul profesional şi moral faţă de paciente şi copii (cu excepţia unor oportunişti avizi de funcţii şi putere) atâta vreme cât valurile de amestec politic scădeau în intensitate.

Aşa cum rezultă din analizele de arhivă, sistemul sanitar şi cel de ocrotire ajunseseră formal la o organizare pe care azi o putem invidia. Erau mult mai bine distribuite geografic (de la dispensare de comună, medici de întreprindere, cabinete medicale şi creşe ale întreprinderilor, până la marile spitale). Dar această organizare de invidiat era ierarhică, reflecta perfect centralismul deciziei de partid, accentua asupra controlului, transforma medicii, personalul sanitar şi pacienţii în potenţiali delincvenţi şi determina adesea o solidaritate de corp *underground* între medici prin care delictele (în cazul nostru, avorturile) erau muşamalizate.

Tot acest sistem, fie el sanitar, fie represiv, aplica o politică făcută de bărbaţi care dispuneau de facultăţile reproductive ale femeilor. Cu alte cuvinte, de oameni care făceau sau aplicau legi pentru situaţii în care ei înşişi nu ajungeau niciodată. În sistemul sanitar, 60% dintre lucrători erau femei, dar în conducere aveau acces doar 10%, şi acelea niciodată acolo unde se stabileau politicile sanitare. În cazul excepţional în care femeile aveau un cuvânt de spus, ele nu erau medici, ci politiciene (mai precis, politruce: Alexandrina Găinuşe, Lina Ciobanu, Aneta Spornic sau Aneta Ciocan) care făceau apologia voinţei conducătorului şi se supuneau acesteia. Întregul ritual era complet ipocrit: aceste femei fie erau deja la menopauză, fie aveau acces la avort, dar sprijineau bărbatul de stat şi pe cei din aparatul de control şi represiune să dicteze asupra femeilor fertile.

Femeile contau doar ca potenţiale mame în această politică. Ele erau ocrotite, inclusiv de utilizarea propriului discernământ în privinţa naşterii sau avortului. Această politică a avut un rol extrem de nefast, nu doar în sens fizic şi psihic, ci şi în sens social emancipator. În aceeaşi perioadă, femeile vestice şi chiar cele estice se emancipau, unele în privinţa exercitării drepturilor, inclusiv la contracepţie şi planificare familială, celelalte cel puţin prin independenţă economică şi libertate sexuală. Prin Decretul nr. 770 din 1966, româncele au trecut de la patriarhatul tradiţional la cel de partid şi de stat. Ele au rămas fiinţe considerate infantile, incapabile să aleagă pentru ele însele, cu alte cuvinte, au fost tratate ca femele de prăsilă, ca oameni ai muncii. Trebuiau controlate ginecologic. Trăiau în delict, erau suspecte. În consecinţă, Ministerul de Interne, Ministerul Justiţiei, Procuratura, Securitatea şi Direcţia Generală a Penitenciarelor trebuiau să joace un rol decisiv în viaţa lor, mai ales în anii ’80, când voinţa de a aduce copii pe lume într-o societate închisă, friguroasă şi flămândă a scăzut dramatic. Pedepsele la care erau supuse ele şi cei care le sprijineau să avorteze variau, aşa cum ne documentează autorii, direct proporţional cu supărarea lui Ceauşescu pe întreruperile de sarcină. Între cei pedepsiţi, în afară de femei, erau mai ales oficianţi sanitari şi surori medicale, acarii Păun ai sabotării politicii demografice. Mortalitatea maternă prin avort ilegal a atins cota cea mai ridicată. Femeile care mureau în spitale, prin avort incomplet (adesea provocat cu mijloace primitive), aveau majoritatea 2-3 copii acasă. În fiecare an, peste o mie din aceşti copii rămâneau orfani de mamele lor, public culpabilizate post-mortem pentru consecinţele actelor lor. Cele mai multe femei decedate (60%) erau căsătorite, erau agricultoare şi muncitoare. Decretul a fost „eficient”: s-au născut de 3-4 ori mai mulţi copii, dar au murit de 4-5 ori mai multe mame. Ca să documenteze consecinţele, Cristina Roman recurge şi la analişti externi ai acestei politici, care nu înregistrau triumfalist rezultatele politicii pronataliste. În România erau de 10 ori mai multe decese din avort decât în Uniunea Sovietică.

Mărturisesc cu sinceritate că în generaţia mea de femei tinere ai acelor ani frica de sarcină şi, în consecinţă, de sexualitate făcea să pălească net plăcerea erotică şi bucuria că în tine prinde viaţă o altă fiinţă omenească. Ca femei, cele mai multe am fost cumplit de singure. Noi răspundeam, nu bărbaţii. Răspundeam în faţa Procuraturii şi Miliţiei (ca delincvente), a

Partidului (ca sabotoare ale politicii sale), a Patriei (ca antisociale şi antinaţionale care împiedică dezvoltarea normală a poporului), în faţa propriilor copii (ca iresponsabile fiindcă ne riscam viaţa şi nu îi mai puteam creşte) şi soţi (ca responsabile cu prevenirea sarcinilor, căci era treaba noastră), iar cele credincioase şi în faţa lui Dumnezeu (ca păcătoase extreme).

Copiii erau cealaltă victimă supremă, dar complet nevinovată, a acestei politici. Partea de Practici a acestei cărţi ne devoalează faptul că ei mureau direct proporţional cu naşterile. Sistemul medical nu era dotat să îngrijească atâţia nou-născuţi. Statul a pregătit mai bine aparatul de control şi represiune decât partea de consiliere şi îngrijire medicală. În anii ’80, precaritatea sistemului de îngrijire s-a combinat cu criza alimentară şi energetică. Femeile gravide erau malnutrite şi subnutrite, mulţi dintre copiii lor se năşteau slabi, mici, neviabili (82% dintre cei care mureau în spitale). Incubatoarele nu mergeau pentru că era întrerupt curentul, lapte praf nu se importa, medicamente la fel, medici erau prea puţini pentru copii (aveau 40-50 de consultaţii pe zi). În cazul în care copiii totuşi se năşteau şi nu mureau în primele luni, unii erau abandonaţi din lipsă de resurse sau rămâneau orfani fiindcă mamele mureau din avort (10.000 de copii). Ei erau preluaţi în sistemul de „ocrotire”. Cei mai slăbuţi şi mai marcaţi de tarele unei naşteri precare intrau de fapt într-un sistem de exterminare : leagăne sau cămine suprapopulate, insalubre, friguroase, cu hrană rea, hăinuţe şi cazarmament foarte proaste şi personal foarte puţin, generatoare de boli infecţioase. Dacă aceşti copii aveau şi deficienţe, condiţiile de ocrotire prin exterminare erau net mai evidente (vezi şi scenele cutremurătoare din filmul documentar *Născuţi la comandă*, în regia lui Florin Iepan). Copiii din această categorie erau atât de roşi de boală şi suferinţă, încât *nu făceau nicio trebuinţă statului*. Cum stabilimentele care îi adăposteau erau mai rele decât grajdurile sordide, dezumanizarea cadrelor medicale care răspundeau de ei nu constituie o surpriză.

În România au fost abandonaţi, după statisticile oficiale, 60.000 de copii, după cele neoficiale, 200.000.

Toată această parte a cărţii, deşi scrisă cu obiectivitatea cercetătoarei, este cutremurătoare prin rigoarea documentării asupra consecinţelor mai mult decât traumatice asupra copiilor : „somnolenţă, insomnie, coşmaruri, retrăirea traumei în timpul somnului, perpetuarea comportamentului abuziv, comportament agresiv faţă de sine (automutilare, tentative de suicid, consum exagerat de alcool/droguri, căutarea riscului), comportament agresiv faţă de alţii (acte violente, antisociale – agresiuni, tâlhării, violuri, furturi, limbaj agresiv, violent, vulgar), tulburări în sfera afectiv-emoţională (impulsivitate, violenţă, depresie şi izolare socială, neîncredere în sine şi în ceilalţi, labilitate psihoemoţională, culpabilizare, anxietate, formarea unei imagini de sine negative, scăderea, deteriorarea stimei de sine, devalorizarea personală), tulburări de adaptare, integrare şi relaţionare socială (deteriorarea relaţiilor sociale, conflicte sociale, izolare socială, degradare morală şi socială, comportament sociopat deviant, delincvenţă, acte antisociale, infracţionalitate)” (Luciana Jinga).

Nici mitul creşelor din comunismul românesc nu rezistă. Ţara noastră, cea mai pronatalistă din Europa de Est, avea cele mai puţine şi mai slab dotate creşe. Acum are doar cele mai puţine.

Îmi este mereu greu să mă apropii de acest subiect. Este o răscolire a propriilor traume. Recunosc însă că, exact ca şi în cazul volumului precedent, o asemenea lectură este intelectual şi moral obligatorie. Standardele de documentare şi analiză sunt foarte ridicate. Autorii nu au izbucniri pasionale, nu se indignează. Pur şi simplu argumentează raţional, pe date şi fapte, cum au funcţionat şi cum s-au manifestat instituţiile şi practicile pronataliste, aşa cum stă foarte bine unor istorici de substanţă. Ei înşişi aparţin generaţiei decreţeilor. Cu alte cuvinte, sunt, în felul lor, *insideri*. Poate chiar sunt produsul, foarte reuşit de astă dată, al acestor politici. Dar, spre deosebire de noi, cei din generaţia mamelor lor (universal vinovate şi suspecte), se pot detaşa de acestă istorie prin chiar povestirea ei cu ajutorul unor surse documentare de primă mărime. Salut demersul lor !

Mihaela Miroiu

Listă de abrevieri

ACD – Arhiva Camerei Deputaţilor
ACNSAS – Arhiva Consiliului Naţional pentru Studierea Arhivelor Securităţii
AMAE – Arhiva Ministerului Afacerilor Externe
AMM – Arhiva Ministerului Muncii
AMS – Arhiva Ministerului Sănătăţii
ANIC – Arhivele Naţionale Istorice Centrale
ATI – Anestezie, Terapie Intensivă
CAP – Cooperativă Agricolă de Producţie
CC al PCR – Comitetul Central al Partidului Comunist Român
CEDOR – Centrul Demografic al Organizaţiei Naţiunilor Unite în România
CELADE – Centrul Latino-American de Demografie
CEx – Comitetul Executiv
CICRED – Comitetul Internaţional de Coordonare a Cercetărilor Naţionale în Demografie
CIDEP – Centre International de Formation et de Recherche en Population et Développement
CMAS – Comisia pentru Muncă şi Asigurări Sociale
CND – Comisia Naţională de Demografie
CNF – Consiliul Naţional al Femeilor
CPEx – Comitetul Politic Executiv
CSA – Centru sanitaro-epidemic
CSS – Consiliul Sanitar Superior
DAM OMCT – Direcţia Asistenţei Medicale – Ocrotirea Mamei, Copilului şi Tineretului
DCCPI –Direcţia Coordonare, Control, Personal şi Învăţământ
DCS – Direcţia Centrală de Statistică
DSMB – Direcţia Sanitară a Municipiului Bucureşti
ECOSOC – Consiliul Economic şi Social al ONU
FNUAP – Fondul Naţiunilor Unite pentru activităţi în domeniul populaţiei
IFORD – Institute for Demographic Training and Research
INED – Institut National d'Etudes Demographiques
INS – Institutul Naţional de Statistică
MAE – Ministerul Afacerilor Externe
MAI – Ministerul Afacerilor Interne
MAN – Marea Adunare Naţională
MFA – Ministerul Forţelor Armate
MS – Ministerul Sănătăţii
MSPS – Ministerul Sănătăţii şi Prevederilor Sociale
OSA – Open Society Archives
PNUD – Programul Naţiunilor Unite pentru Dezvoltare
RFE – Radio Free Europe
RL – Radio Liberty
RSR – Republica Socialistă România
SJAN – Serviciul Judeţean al Arhivelor Naţionale
UGSR– Uniunea Generală a Sindicatelor din România
USSM – Uniunea Societăţilor de Ştiinţe Medicale
UTC – Uniunea Tineretului Comunist
UTM – Uniunea Tineretului Muncitoresc

Introducere

România nu a fost, în cadrul blocului comunist, singurul stat în care întreruperea legală a sarcinii a fost interzisă. Modul în care regimul comunist din România, sub conducerea lui Nicolae Ceauşescu, a înţeles să îşi conceapă politica demografică, precum şi efectele produse de aceasta la nivelul societăţii au făcut ca în scurt timp cazul românesc să-şi arate caracterul de excepţie. Perspectiva comparativă prezentată în volumul I al lucrării[1] a arătat o primă direcţie care a dat specificitatea regimului Ceauşescu în materie de politici pronataliste. Raportat la celelalte ţări comuniste din Europa Centrală şi de Est, România a formulat şi aplicat cea mai restrictivă legislaţie privind accesul la întreruperea voluntară a sarcinii, însoţită de lipsa promovării măsurilor contraceptive moderne şi o politică socioeconomică care mergea mai mult în direcţia intereselor economice ale statului comunist şi mai puţin către nevoile concrete ale familiilor pentru creşterea şi întreţinerea unui număr mai mare de urmaşi. Atât state comuniste, cât şi democraţii vestice au optat pentru o politică intervenţionistă de influenţare a comportamentului reproductiv al populaţiei guvernate, politică construită în jurul a doi poli principali de intervenţie : măsurile de tip pozitiv, stimulative, dublate de unele de tip negativ, restrictive. Politica natalistă implementată în România regimului Ceauşescu a fost una eminamente negativă, decidenţii politicii preferând să ignore opiniile specialiştilor. Prin specificităţile sale, cazul românesc se apropie mai mult de politica pronatalistă stalinistă decât de măsurile demografice adoptate după 1955 în celelalte state comuniste europene.

Cea de-a doua direcţie, care face obiectul volumului de faţă, este dată de implementarea şi efectele politicii demografice ceauşiste asupra societăţii româneşti, o nefericită etichetă pusă României, ale cărei urme dăinuie şi astăzi. Subiectul, prin mediatizarea internaţională masivă de care s-a bucurat în anii ’90[2], părea epuizat. În România însă, prea puţine au fost vocile care s-au preocupat mai îndeaproape pentru a afla câţi copii intrau în cadrul sistemului de ocrotire şi câţi i-au supravieţuit, cât de răspândit era fenomenul avortului clandestin şi câte femei au plătit cu viaţa dreptul de a dispune de propriul corp.

---

1. Corina Doboş (coord.), Luciana M. Jinga, Florin S. Soare, *Politica pronatalistă a regimului Ceauşescu*, vol. I : *O perspectivă comparativă*, Editura Polirom, Iaşi, 2010.
2. HU OSA 300-60-1, Fond Records of Radio Free Europe/Radio Liberty Research Institute (RFE/RL RI), subfond Romanian Unit, seria Subject Files, cutia 665, dosarul Population – Children 1984-1991.

Obiectivele studiului

Venind în continuarea analizei prezente în volumul I, cercetarea va clarifica acele aspecte legate de funcţionarea propriu-zisă a sistemului care a permis implementarea legislaţiei privind scoaterea în afara legii a întreruperii voluntare a sarcinii şi principalele efecte resimţite la nivelul societăţii. Analiza nu se încadrează într-o paradigmă clasică a represiunii, în tandemul călău-victimă, rolurile fiind permanent interşanjabile. Liderii comunişti şi familiile lor se confruntau deopotrivă cu prevederile criminale ale Decretului nr. 770, un exemplu în acest caz fiind decesul fiicei lui Vasile Pantilineţ în urma unui avort clandestin.

Au fost urmărite două direcţii principale de cercetare. Prima se opreşte asupra sistemului de supraveghere a populaţiei, acele instituţii create şi/sau folosite de regimul comunist pentru supravegherea populaţiei în general şi a celei feminine în special. Intenţia este de a arăta că formele instituţionale folosite de regimul comunist pentru a forţa implementarea măsurilor pronataliste nu s-au limitat la organele represive tradiţionale precum Miliţia şi Procuratura. Cum întreruperile ilicite de sarcină nu semănau cu formele de rezistenţă clasice la care s-ar fi putut aştepta un regim totalitar, formele de acţiune pentru combaterea „flagelului" au fost adaptate unei adevărate lupte de gherilă care cuprinsese ansamblul populaţiei, indiferent de nivelul de şcolarizare, etnie, mediu. Adeziunea totală şi fidelitatea absolută faţă de cauza comunistă nu constituiau la rândul lor garanţia apărării liniei partidului în materie de politică pronatalistă, cei chemaţi să apere proiectul de forţare a natalităţii fiind la rândul lor potenţiali infractori. Acesta este motivul pentru care autorităţile comuniste au creat un sistem complex de control al populaţiei pe mai multe paliere de competenţă şi acţiune specifică. Pentru o rezistenţă atipică s-au folosit măsuri de control nespecifice, aşa cum a fost întreaga structură şi personalul Ministerului Sănătăţii, adevărată armată în halate albe pentru care jurământul lui Hipocrate se dilua în faţa ordinelor de partid. La rândul lui, corpul medical era permanent controlat şi penalizat în plan profesional de instanţe precum Colegiile de disciplină. În vârful piramidei represive se aflau Ministerul Afacerilor Interne şi Procuratura, cu atribuţii specifice în supravegherea corpului medical, dar şi a pacienţilor.

În al doilea rând am căutat să arătăm sistematic care au fost efectele cele mai importante prin gravitatea consecinţelor şi impactul asupra populaţiei. În contractul social promovat de Nicolae Ceauşescu prin discursul său oficial, în schimbul intrării în viaţa activă era promisă egalitatea deplină în plan politic şi social, statul luându-şi angajamentul de a prelua prin instituţiile proprii îndatoririle domestice[1]. Odată cu adoptarea Decretului nr. 770/1966, ofertei iniţiale i s-a adăugat şi cea de a privilegia creşterea tinerei generaţii prin îmbunătăţirea reţelei de sănătate, învăţământului preşcolar, instituţiilor de protecţie socială, totul în contextul unei societăţi prospere, capabilă să susţină din punct de vedere material *boom*-ul demografic. Vom arăta cum lipsa unei proiecţii financiare pertinente şi realiste a condus repede la apariţia a numeroase defecţiuni în

1. Cuvântare cu privire la rolul femeii în viaţa politică, economică şi socială a ţării, Plenara CC al PCR, din 18-19 iunie 1973, *Buletinul Oficial al Republicii Socialiste România*, nr. 96, 4 iulie 1973, Nicolae Ceauşescu, *Creşterea rolului femeii în viaţa economică şi social-politică a României socialiste*, Editura Politică, Bucureşti, 1980, p. 45.

sistem : reţea sanitară şi de ocrotire subdimensionată, deprecierea nivelului general de trai. Consecinţele au fost dintre cele mai grave : cea mai mare incidenţă a mortalităţii infantile din Europa, o rată a abandonului mereu în creştere. Concomitent, numărul avorturilor clandestine a crescut necontenit, dovadă stând numărul deceselor materne prin avort. Coroborate, toate aceste elemente demonstrează într-o manieră cât mai neutră, echilibrată şi mai ales documentată falimentul politicii demografice.

Surse şi metodologie

Încă de la debutul proiectului, unul dintre elementele de noutate pe care această cercetare şi-a propus să le aducă a fost tocmai noutatea surselor folosite. Deconstrucţia instituţională, dar şi evidenţierea dimensiunilor atinse în societate de efectele politicii demografice ar fi fost imposibil de realizat fără recuperarea documentaţiei interne rezultate în urma activităţii diferitelor organisme ce fac obiectul cercetării noastre, a cifrelor statistice, rapoartelor de control, documentaţiei medicale. Plecând de la aceste considerente, principala arhivă vizată a fost cea a Ministerului Sănătăţii. Efortul depus pentru selectarea şi prelucrarea documentaţie a fost unul important, cu atât mai mult cu cât cercetătorul nu are la dispoziţie inventarele fondurilor de arhivă, singurele atuuri într-un astfel de context fiind flerul şi experienţa cercetărorului în raport cu cercetarea de arhivă. Aşteptările iniţiale au fost confirmate de caracterul eterogen al materialelor la care am avut acces : rapoarte oficiale, documente administrative, dări de seamă, procese verbale de şedinţă, statistici. Fiecare dintre principalele obiective de cercetare a privilegiat documente de o anumită natură. Documentele cu caracter administrativ sunt cruciale pentru studierea diferitelor instituţii, modul în care acestea îşi aveau organizată activitatea, mijloacele folosite pentru îndeplinirea programului de activitate. Pentru a trasa relaţiile existente între diferitele instituţii cărora le-a fost încredinţată aplicarea politicii demografice, cât şi modul lor de funcţionare, au fost folosite cu predilecţie documentele interne, ordine ale ministrului, procesele verbale ale şedinţelor, planuri de activitate, precum şi autobiografiile de instituţie, care ne-au permis o analiză nu doar a mecanismului instituţional, dar şi a persoanelor care au stat în spatele aplicării lui. Acţiunile de control organizate şi conduse de autorităţile medicale împreună cu celelalte instituţii şi organizaţii implicate în aceste campanii au fost surprinse în miile de procese verbale şi rapoarte întocmite în decursul a peste două decenii, la nivelul întregii ţării. Documentele de statistică medicală şi în mod deosebit urmărirea mecanismului instituţional care stătea în spatele realizării acestora (anchete interne, metodologii de lucru) au clarificat o sumă de aspecte privind teme sensibile precum mortalitatea maternă şi infantilă, dar şi evoluţia numărului de avorturi, în special cele ilegale, existând suspiciuni asupra veridicităţii cifrelor oficiale prezentate de Ministerul Sănătăţii. Fondurile consultate cuprind nu doar documente create de Ministerul Sănătăţii, ci şi scrisori şi petiţii primite de la simpli cetăţeni, articole din presa vremii, transcripturi ale diferitelor interviuri date de oficialii ministerului, raportări asupra activităţii diferitelor instituţii cu care intrau în contact. Natura complexă a materialelor deţinute face aceste fonduri relevante pentru cercetarea instituţiilor publice şi a luărilor de poziţie oficiale, dar şi a unor subiecte mai punctuale : anumite comunităţi, familii şi chiar indivizi.

Încercarea de a reconstitui modul de organizare, funcţionare şi mai ales cifra minorilor care au trecut prin sistemul de protecţie socială al regimului Ceauşescu s-a dovedit a fi

una extrem de dificilă şi sensibilă în acelaşi timp. În lipsa oricăror surse secundare, nici documentele inedite nu s-au lăsat lesne descifrate, dată fiind viziunea unilaterală a acestora asupra subiectului tratat. Datele statistice oficiale întocmite de reprezentaţii Ministerului Sănătăţii şi cei ai Ministerului Muncii nu fac referire decât la realităţi „benigne" precum cifra creşelor, a spitalelor, a maternităţilor şi secţiilor de pediatrie, a leagănelor, cantinelor sociale, şcolilor profesionale şi liceelor speciale. Începând cu a doua jumătate a anilor '70 şi pentru anii '80, documentele de arhivă sunt mult mai sărace în informaţii, caracterizate fiind printr-un formalism dus la extrem. Această observaţie este de altfel valabilă pentru majoritatea surselor arhivistice privind regimul comunist în intervalul menţionat. Nicio referire la condiţiile din leagăne ori casele de copii. Pentru recuperarea acestor informaţii, deosebit de folositoare au fost documentele aflate la Open Society Archives din Budapesta, mai exact rapoarte şi transcripte ale emisiunilor realizate în intervalul 1970-1993 de către secţia română a postului de radio Europa Liberă. La acestea s-au adăugat referirile rare, dar deosebit de valoroase prezente în procesele verbale redactate în urma acţiunilor de îndrumare şi control întreprinse de Ministerul Sănătăţii (MS) în diferitele instituţii sanitare teritoriale. Întocmite strict pentru informarea corpului medical şi a responsabililor de la nivelul MS, acest tip de rapoarte erau mai complete, menţionând uneori şi aspectele negative prezente în interiorul sistemului de protecţie a minorului : condiţii de viaţă nepotrivite, îmbolnăviri dese, supraaglomerarea leagănelor, procentul mare de distrofici, mortalitatea ridicată.

Problema numărului total real al avorturilor practicate în diferite perioade într-un anumit teritoriu a constituit preocuparea istoricilor din numeroase ţări. În lipsa unei evidenţe stricte, singura metodă aflată la dispoziţia sociologilor, istoricilor şi demografilor era aproximarea pe bază de interviuri, raportări la numărul total al naşterilor şi la evoluţia mortalităţii materne. Dacă luăm drept exemplu Franţa, în anii care au precedat dezincriminarea avortului, se vorbea despre 800.000 de mii de avorturi clandestine practicate anual. De altfel, acesta a fost şi argumentul forte al ministrului Simone Veil, care a cerut legalizarea unei practici de altfel curente în societatea franceză şi care fără suport medical punea în pericol vieţile a mii de femei. Pentru susţinerea proiectului de lege în Parlamentul francez au fost folosite estimările făcute de Institut National d'Etudes Démographiques, care a apreciat numărul întreruperilor de sarcină clandestine anuale la 250.000 şi la 250 numărul de decese materne cauzate de acestea. Odată cu liberalizarea întreruperilor de sarcină s-a observat însă că cifra avorturilor nu a depăşit 140.000[1]. Concluzia unanimă a fost că o cifră exactă este imposibil de stabilit doar pe baza estimărilor, pentru rigurozitatea studiului istoric fiind preferată analiza critică a surselor documentare şi orale. Acesta este motivul pentru care sursele folosite la întocmirea situaţiei privind numărul de avorturi înregistrate în România în intervalul 1966-1989 provin din arhiva Ministerului Sănătăţii. Toate datele statistice folosite în studiu se bazează pe raportările întocmite de Serviciul de Statistică Medicală din cadrul Ministerului Sănătăţii. În opinia noastră ele reprezintă sursa cu gradul de credibilitate cel mai ridicat, dat fiind faptul că la realizarea lor au fost respectate rigorile ştiinţei statistice.

Documentaţia a fost completată cu materiale provenind din alte instituţii depozitare de arhivă, cele mai importante din perspectiva cercetării de faţă fiind Arhivele Naţionale

1. Clémentine Rossier, Claudine Pirus, „Évolution du nombre d'interruptions de grossesse en France entre 1976 et 2002", *Population*, 2007/1 – Volume 62, pp. 57-90.

Istorice Centrale, arhivele Ministerului Muncii, ale CNSAS. Au fost astfel acoperite acele goluri de informaţie privind implicarea Procuraturii şi Miliţiei în implementarea măsurilor demografice. Documente esenţiale din Arhiva MAI sunt încă inaccesibile cercetătorilor. Ne referim aici la planuri de măsuri privind limitarea numărului de avorturi provocate, rapoarte ale Direcţiei Cercetări Penale, Direcţiei Judiciare, Direcţiei Pază şi Ordine şi Miliţiei Rurale cu privire la avorturi, procese verbale, declaraţii etc. Fără acces la o astfel de documentaţie, un studiu extins în această privinţă nu poate fi întreprins. În ciuda acestor inconveniente, documentele la care am avut acces reuşesc să redea cadrul general al implicării acestor instituţii în proiectul demografic şi modul lor de acţiune.

Când cantitatea, dar mai ales calitatea datelor deţinute nu permiteau atingerea gradului de analiză dorit, am continuat documentarea în Serviciile Judeţene ale Arhivelor Naţionale, ţinta noastră fiind fondurile diferitelor instituţii medicale şi de ocrotire, unde s-au păstrat actele interne de funcţionare : registre ale minorilor instituţionalizaţi, registre contabile, liste de inventar, achiziţii de bunuri şi alimente. Nu au fost neglijate sursele secundare, dintre care ţinem să evidenţiem contribuţia lui Gail Kligman, *Politica duplicităţii. Controlul reproducerii în România lui Ceauşescu*, Anuarele statistice ale RSR-RPR, dar şi literatura medicală de specialitate care ne-a permis, ca istorici, descifrarea unei documentaţii create de personalul medical şi destinate în special acestuia.

Limitele documentării folosite sunt şi limitele cercetării noastre. Folosirea cu precădere a surselor primare, inedite, aduce deopotrivă beneficii, dar şi numeroase capcane în derularea proiectului. Un câştig indubitabil este noutatea şi totodată cantitatea datelor empirice introduse în circuitul ştiinţific. Ca o contrapondere, efortul cerut cercetătorului în prelucrarea şi interpretarea acestui tip de sursă este unul semnificativ. Indiferent de natura documentelor : rapoarte oficiale, documente administrative, dări de seamă, procese verbale de şedinţă, statistici, toate sunt documente cu caracter oficial, emanaţii ale instituţiilor comuniste. Acesta este motivul pentru care, în faţa surselor, ne-am întrebat permanent cine este creatorul, cui îi erau destinate informaţiile şi care era motivaţia întocmirii acestora. Circuitul acestora era unul intern sau cel mult interinstituţional. În niciunul dintre aceste cazuri nu există suspiciunea că a fost destinat cercetării istorice. Cu excepţia statisticilor medicale care circulau în tot sistemul medical, fiind accesibile unei categorii mai largi de persoane, restul documentaţiei este produsul activităţii interne desfăşurate de instituţiile de profil. Lipsa unei inventarieri în cazul arhivelor de la Ministerul Sănătăţii şi de la cel al Muncii este un alt indiciu că informaţiile conţinute de aceste materiale nu erau destinate informării publicului larg.

Analiza documentară a presupus diferite etape şi moduri de abordare a surselor, în funcţie de creatorul şi specificul fiecăreia. În primul rând a fost realizată o analiză a conţinutului, demers care se apropie mai mult de tehnica cantitativă datorită abordării de tip pozitivist. Scopul a fost identificarea principalilor actori implicaţi în luarea şi aplicarea deciziilor, cât şi a mecanismelor instituţionale şi efectelor produse de acestea. Demersul este unul obiectiv, sistematic şi în această primă etapă interesează mai mult de cadrul general prezentat de document şi mai puţin de subtilităţile lui. A urmat etapa propriu-zis calitativă a cercetării, în care a fost explorată semnificaţia profundă a conţinutului. Optând pentru un astfel de demers, am plecat de la premisa că realităţile sociale nu sunt simple obiecte descriptibile, ci realităţi construite în mod activ de indivizi prin acţiunile întreprinse. Important din perspectiva obiectivelor formulate în debutul

acestui studiu a fost evidenţierea relaţiei, prin intermediul documentului, a elementelor ce alcătuiau diferitelor forme de control social, toate intrând într-o definiţie *in extenso* a noţiunii de putere, caracteristică regimului comunist din România.

Dacă deconstrucţia instituţională şi revelarea mecanismelor interne de funcţionare pentru diferitele instituţii nu au presupus pentru autori un efort deosebit de a lua distanţă şi de a păstra neutralitatea faţă de sursă şi subiectul tratat, cu totul altfel a stat situaţia pentru capitolele ce tratează mortalitatea infantilă şi cea maternă, unde un anumit grad de implicare emoţională nu poate fi negat. Credem însă că am reuşit să păstrăm o atitudine neutră, obiectivă, cifrele avansate şi realităţile descrise având la bază exclusiv sursele consultate.

Structură

Volumul este structurat în două părţi, care urmăresc principalele obiective ale cercetării. Astfel, prima parte realizează o deconstrucţie instituţională a organismelor responsabile cu implementarea politicii pronataliste.

Capitolul 1 (Luciana M. Jinga) prezintă rolul jucat de Ministerul Sănătăţii în implementarea politicii demografice a regimului Ceauşescu. Vom urmări mai întâi care erau principalele structuri responsabile de realizarea proiectelor demografice la nivel de minister, responsabilităţile fiecăreia şi metodele folosite pentru transpunerea în fapte a planurilor, începând cu însăşi persoana ministrului, organele conducerii colective până la nivelul direcţiilor şi al diferitelor instituţii aflate în directa subordonare a conducerii ministerului. Vom avea ulterior în vedere modul în care organismele locale preluau şi aplicau directivele primite de la nivelul conducerii ministerului, analiza noastră mergând de la nivelul direcţiilor sanitare judeţene până la medicul de întreprindere. În ultima parte a studiului căutăm să răspundem la întrebarea „de ce sistemul medical şi implicit personalul acestuia nu au opus, oficial, o rezistenţă mai puternică faţă de politica demografică". Pentru aceasta avem în vederea rolul medicilor la nivelul diferitelor instituţii sanitare, (dez)echilibrul feminin/masculin în cadrul corpului medical, precum şi un portret cadru al medicului aflat în conducerea Ministerului Sănătăţii.

Capitolul 2 (Luciana M. Jinga) se opreşte asupra inspecţiilor periodice organizate la nivel naţional de către autorităţile medicale[1], ca parte a proiectului de creştere demografică susţinut de statul comunist român. Prin scopurile urmărite şi perseverenţa demersului, aceste campanii veneau să sublinieze controlul exercitat de către autorităţile comuniste asupra populaţiei şi o întărire a ideii conform căreia interesele individului se subordonează intereselor statului. Pentru o detaliere a subiectului vom urmări aspecte relevante din perspectiva cercetării de faţă : felul în care aceste controale erau organizate şi conduse, principalele obiective vizate, cine se califica drept „beneficiar", consecinţele pe termen scurt şi lung, cine şi dacă era făcut răspunzător pentru eventualele nereguli constatate.

Capitolul 3 (Florin S. Soare) analizează rolul şi activitatea Colegiilor de disciplină ale personalului sanitar, create la începutul anilor '70 pe post de comisii de etică

1. Ministerul Sănătăţii prin direcţiile aflate în structura sa, în special Direcţia Asistenţei Medicale, Inspectoratul Sanitar Central de Stat, Serviciul Ocrotirii Mamei, Copilului şi Tineretului, Direcţiile sanitare aflate la nivelul fiecărui judeţ.

profesională, transformate la iniţiativa decidenţilor politici în organisme disciplinare puse în slujba proiectului demografic. Primele două subcapitole urmăresc aspecte legate de înfiinţarea, organizarea şi funcţionarea Colegiilor Medicilor şi Farmaciştilor şi transformarea acestora în Colegii de Disciplină a Personalului Sanitar, urmând ca în final să fie realizată o analiză cantitativă asupra activităţii lor, cu precădere în perioada anilor ’80.

Capitolul 4 (Florin S. Soare) porneşte de la faptul că printre instituţiile utilizate de statul comunist pentru aplicarea strategiilor de politică demografică a făcut parte şi Consiliul Sanitar Superior (CSS). Analiza acestei instituţii urmează firul cronologic al evoluţiei instituţionale şi transformarea în trei etape succesive din structură cu rol consultativ aflată în subordinea Ministerului Sănătăţii în principalul organism responsabil de realizarea politicii demografice după 1984.

Capitolul 5 (Florin S. Soare) analizează activitatea Comisiei Naţionale de Demografie care a reprezentat pentru perioada 1971-1983 una dintre instituţiile esenţiale ale proiectului demografic, un instrument de control, coordonare şi legitimare a planurilor nataliste ale regimului Ceauşescu. Alături de prezentarea activităţii instituţiei propunem două studii de caz, unul despre Conferinţa Mondială a Populaţiei desfăşurată la Bucureşti în 1974 şi unul despre înfiinţarea şi activitatea Centrului Demografic al ONU în România (CEDOR).

Capitolele 6 şi 7 (Florin S. Soare) se concentrează asupra celor două intituţii din afara sistemului medical care au contribuit la instaurarea unui sistem represiv ce a asigurat implementarea politicii demografice : Ministerul de Interne şi Procuratura Generală.

Într-o primă etapă este analizată legislaţia penală ca metodă de constrângere pentru îndeplinirea obiectivelor demografice, urmând ca o a doua secţiune să prezinte într-o abordare cantitativă rezultatele activităţii celor două instituţii împreună cu diverse speţe ale celor anchetaţi judecaţi şi condamnaţi.

Cea de-a doua parte a volumului este dedicată efectelor produse de politica pronatalistă în societatea românească. Capitolul 8 (Luciana M. Jinga) prezintă evoluţia numărului de avorturi pentru intervalul 1966-1989. Deşi numărul avorturile ilicite nu este cuantificabil, tocmai prin caracterul de clandestinitate, vom arăta, pe baza cifrelor care au reuşit să ne parvină, că numărul întreruperilor de sarcină în tot intervalul 1966-1989 a fost primul semn al eşecului politicii demografice. Fie ele legale, terapeutice ori incomplete, prin număr, avorturile, chiar şi după interzicerea lor, depăşeau cu mult cifrele înregistrate de state cu o populaţie mai numeroasă şi în care întreruperea de sarcină era legalizată. Vom arăta condiţiile şi mai ales mediile sociale care favorizau practica avortului clandestin ca unică formă de limitare a numărului de naşteri.

Capitolul 9 (Cristina Roman) se opreşte asupra primeia dintre consecinţe prin implicaţiile sale, mortalitatea maternă, privită ca cifra absolută a deceselor având drept cauză avortul sau riscul obstretical la naştere. Nivelul mortalităţii materne a crescut cu fiecare modificare a condiţiilor Decretului nr. 770-1966. Vom arăta principalele cauze care conduceau la decesul în timpul naşterii sau prin avort, categoriile de vârstă cele mai predispuse la un astfel de sfârşit tragic, dar şi faptul că nu exista nivel de educaţie sau mediu social care să fie ferite de acesta, victimele având deja doi sau mai mulţi copii. Va fi făcut şi un excurs bibliografic în literatura de specialitate occidentală care a analizat politica demografică a regimului Ceauşescu, atrăgând atenţia asupra falimentului acesteia încă de la mijlocul anilor ’70 ; principalele două argumente au fost numărul semnificativ de avorturi, precum şi indicele mortalităţii materne. La final am prezentat conţinutul

unui dosar de deces matern pentru a arăta cum autorităţile medicale erau obligate să consemneze că vina pentru producerea decesului îi aparţinea femeii care şi-a provocat avortul.

Capitolul 10 (Cristina Roman) vine ca o continuare firească, analizând mortalitatea infantilă. În România, după cel de-al Doilea Război Mondial, mortalitatea infantilă a înregistrat scăderi constante şi semnificative, coborând de la un procent de 50 de decese la mia de născuţii vii în 1950 la 26,3 decese la mia de născuţi vii în 1989. Două amendamente importante trebuie aduse acestei stări de fapt. Primul constă în faptul că valorile acestui indice pentru spaţiul românesc în a doua jumătate a secolului XX au fost permanent mai mari decât valorile înregistrate de celelalte ţări europene, fie ele democraţii vestice ori state guvernate de regimuri comuniste. În al doilea rând, adoptarea decretului 770/1966, precum şi fiecare dintre modificările sale ulterioare au condus la creşterea semnificativă a mortalităţii infantile cu 5 până la 10 puncte procentuale, cifre care reprezentau la momentul respectiv întreaga mortalitate infantilă a unor ţări precum Norvegia, Franţa ori Elveţia[1]. În prima parte dorim să prezentăm pe de o parte cauzele mortalităţii infantile identificate de Ministerul Sănătăţii, iar pe de altă parte cauzele deceselor infantile prezentate în documente din arhiva postului de Radio Europa Liberă de la Open Society Archives din Budapesta şi în studii ale unor reviste de ştiinţe sociale occidentale. Având ca punct de plecare studiile realizate de Ministerul Sănătăţii asupra mortalităţii infantile în perioada '60-'80, în cea de a doua parte a cercetării ne-am propus să realizăm o prezentare a evoluţiei numărului deceselor infantile în anii 1965-1989.

Capitolul 11 (Luciana M. Jinga) prezintă cea mediatizată consecinţă a politicii pronataliste ceauşiste, şi anume rata mare a abandonului. Chiar şi cu numărul mare de întreruperi de sarcină practicate, o proporţie deloc neglijabilă a copiilor născuţi în intervalul 1966-1989 au căzut victime ale abandonului. În acest capitol am urmărit o aproximare cât mai fidelă realităţii a cifrei minorilor a căror soartă a fost încredinţată statului comunist român, care erau principalele cauze ale abandonului şi ce medii sociale erau predispuse către acesta, pentru ca ulterior să ne îndreptăm atenţia către condiţiile existente în diferitele instituţii de „ocrotire" şi consecinţele lor directe: întârzieri în dezvoltare, îmbolnăviri şi mortalitate de până la 50%. Un punct aparte în studiul de faţă îl va constitui prezentarea unei categorii de bolnavi care s-a născut şi a dispărut odată cu regimul comunist: copiii distrofici. Aflaţi *de jure* sub tutela familiei, aceşti copii erau *de facto* în grija diferitelor spitale în cadrul unor secţii ce le erau destinate. Deşi scopul acestei instituţionalizări, în mare parte forţată, era tocmai însănătoşirea micului pacient prin combaterea deficienţelor nutriţionale, realitatea a infirmat de cele mai multe ori buna intenţie, conducând la permanentizarea măsurii de protecţie şi nu în puţine cazuri chiar la deces. Încercarea de înlăturare a unui handicap transforma această categorie de bolnavi într-un rezervor important al leagănelor de copii şi al căminelor-spital.

Capitolul 12 (Corina Doboş), ultimul al acestui volum, este dedicat analizei promisiunilor făcute de statul comunist în direcţia asigurării infrastructurii necesare îngrijirii copilului mic, reţeaua de creşe şi condiţiile oferite de aceste instituţii micuţilor beneficiari.

1. AMS, fond Cabinetul Ministrului Sănătăţii, dosar 36/1989, nenumerotat.

Ipoteze de cercetare

În această a doua parte a studiului privind politica pronatalistă a regimului Ceauşescu, ipoteza care se află la baza cercetării dezvoltă ipotezele de cercetare formulate în primul volum, şi anume particularităţile regimului pentru care Vladimir Tismăneanu a propus termenul de „stalinism naţional", înţeles ca refuz constant de reformare a regimului comunist, de continuare susţinută a radicalismului transformist presupus de utopia socială a sistemului împletit cu afirmarea unui naţionalism etnocentric şi impunerea unei linii autarhice.

Prezentarea controlului strict exercitat asupra populaţiei nu doar prin intermediul instituţiilor represive, ci şi cu ajutorul celor medicale, precum şi a consecinţelor pe care politica pronatalistă le-a produs la nivelul societăţii româneşti, completează descrierea unui regim obtuz care şi-a păstrat nealterate proiectele, chiar şi atunci când toate semnalele primite, în condiţiile unei subfinanţări cronice a sistemului, arătau falimentul politicii demografice.

Luciana M. Jinga

Partea I

Instituţii

Capitolul 1

Ministerul Sănătăţii – organizare şi implicare în politica demografică

Una dintre piesele importante în angrenajul politicii demografice gândite de regimul Ceauşescu a fost sistemul medical naţional şi mai ales Ministerul Sănătăţii. Anterior adoptării Decretului nr. 770/1966 şi implicit a penalizării avortului la cerere, unul dintre principalele puncte ale propagandei regimului comunist a fost creşterea gradului de accesibilitate şi totodată adresabilitate a sistemului medical, în mod gratuit, pentru întreaga populaţie. În acest scop s-a lărgit reţeaua medicală prin înfiinţarea de noi spitale, policlinici, dispensare locale, staţiuni balneo-climaterice, precum şi suplimentarea numărului de medici şi cadre medicale secundare prin crearea de noi instituţii de învăţământ universitare şi preuniversitare. Printre ţintele cele mai importante ale programului de sănătate se numărau : diminuarea cazurilor de tuberculoză, scăderea mortalităţii infantile, dar şi dispensarizarea sarcinii şi implicit a naşterii. Îmbunătăţirea gradului de acordare a îngrijirii medicale, rezultatele încurajatoare în combarea unor boli infecţioase precum poliomelita ori malaria şi nu în ultimul rând liberalizarea şi asistenţa medicală oferită în cazul întreruperilor de sarcină la cerere în tot intervalul 1957-1966 au făcut ca întreaga populaţie să fie prea puţin pregătită a opune rezistenţă unei adevărate armate albe pentru care jurământul lui Hipocrate se dilua în faţa ordinelor de partid.

Datorită importanţei deosebite pe care autorităţile sanitare au avut-o în aplicarea politicii demografice iniţiate de regimul comunist odată cu emiterea Decretului nr. 770/1966, atribuţiile Ministerului Sănătăţii au suferit în intervalul 1966-1989 numeroase modificări. Diferitele proiecte legislative precum Decretul nr. 452/1969, Ordinul de ministru 568 din 27 octombrie 1973 sau cel cu numărul 302/1982 au asigurat cadrul legal pentru o subordonare tot mai accentuată a actului medical faţă de politic.

Conducerea ministerului

Consiliul de conducere

În 1969, este adoptată o nouă lege privind organizarea şi funcţionarea Ministerului Sănătăţii (MS). În expunerea de motive prezentă în deschiderea decretului se arată că măsurile luate veneau să contureze mai precis rolul MS de conducător şi coordonator al întregii activităţi de ocrotire a sănătăţii, singurul organ îndreptăţit să stabilească norme

ce interesau sănătatea publică, obligatorii atât pentru totalitatea organizaţiilor socialiste, cât şi pentru populaţia ţării. Schimbările urmau principiul descentralizării. La nivelul ministerului au fost păstrate acele atribute prin care se asigura desfăşurarea unitară a acţiunilor de ocrotire a sănătăţii în teritoriu. Finanţarea, organizarea şi coordonarea activităţii pe plan local devenea responsabilitatea Consiliilor Judeţene şi cel al municipiului Bucureşti prin intermediul direcţiilor sanitare judeţene[1].

Legea cuprinde 4 capitole însumând un total de 27 de articole. Primul capitol definea rolul Ministerului Sănătăţii ca fiind principalul organ al statului responsabil cu realizarea politicii partidului şi statului în domeniul ocrotirii sănătăţii populaţiei. Din prisma acestei prerogative, MS conducea, îndruma şi controla întreaga activitate cu privire la ocrotirea sănătăţii populaţiei[2]. Ca principiu cu valoare şi aplicabilitate generale, MS trebuia să respecte în toate acţiunile sale legile, decretele şi hotărârile Consiliului de Miniştri ce făceau referire la sănătatea publică. Prin această prevedere, întreg corpul medical era asimilat şi devenea o componentă *sine qua non* a politicii demografice ceauşiste, în care principiile ştiinţifice şi de etică în conduita medicală erau şterse cu buretele în faţa politicilor demarate de statul comunist român.

Capitolul 3, şi totodată cel mai consistent al legii, prezenta structura ministerului. Conducerea ministerului era încredinţată unui *Colegiu al Ministerului*. Acesta era un organ deliberativ, ale cărui competenţe vizau problemele generale privind activitatea ministerului. *Colegiul Ministerului* era compus din : ministrul Sănătăţii – care deţinea şi funcţia de preşedinte al consiliului –, adjuncţii săi, precum şi secretarii generali, diferiţi directori din MS, directorul Academiei de Ştiinţe Medicale, diferiţi specialişti, preşedintele Uniunii Societăţilor de Ştiinţe Medicale, preşedintele Societăţii de Cruce Roşie, un delegat al sindicatelor, desemnat de Uniunea Generală a Sindicatelor. Consiliul se întrunea cel puţin trimestrial, în prezenţa a cel puţin două treimi dintre membrii săi. Deciziile puteau fi validate doar prin votul majorităţii, iar în cazul unei divergenţe majore de opinii între ministru şi majoritatea consiliului, responsabilitatea deciziei finale revenea adjunctului sau chiar Consiliului de Miniştri, dacă situaţia o impunea[3]. În cazul anumitor subiecte erau convocate colective de lucru alcătuite din specialişti. Între şedinţele colegiului, problemele curente erau responsabilitatea ministrului şi a adjuncţilor săi. În plan concret, hotărârile colegiului erau puse în practică prin legi, ordine, instrucţiuni precum şi alte acte emise de MS potrivit statutului său[4].

La doar patru ani de la apariţia decretului 452 din 1969, în 1973, este emis un nou ordin privind organizarea şi funcţionarea Ministerului Sănătăţii. Scheletul noului proiect legislativ a rămas legea privind organizarea şi funcţionarea MS din 1969, elementul de noutate fiind perspectiva amănunţită oferită de noul ordin asupra structurii ministerului şi mai ales a funcţiilor ce reveneau fiecărui responsabil în parte. Autorităţile comuniste nu erau dispune să lase nici cel mai mic amănunt nelegiferat, insistând asupra locului şi rolului fiecărui organism în realizarea proiectelor ce implicau structuri aparţinând Ministerului Sănătăţii.

1. Decretul nr. 452 privind organizarea şi funcţionarea Ministerului Sănătăţii, publicat în *Buletinul Oficial al RSR*, partea I, nr. 59, 22 mai 1969, p. 29.
2. *Ibidem*, p. 30.
3. *Ibidem*, pp. 36-38.
4. *Ibidem*, p. 38.

Conform celor statuate în ordin, conducerea MS era încredinţată unui *Consiliu de Conducere*. Denumirea acestui organ diferă faţă de varianta prezentă în Legea nr. 452/1969, unde se preciza existenţa unui *Colegiu al Ministerului*. Schimbarea denumirii nu a însemnat şi modificarea diferitelor prerogative instituţionale, atributele rămânând aceleaşi, şi anume organ deliberativ care hotăra în problemele generale privind activitatea Ministerului. Nici componenţa de principiu a consiliului nu a suferit modificări[1].

Noutatea absolută o reprezenta apariţia unui *Birou Executiv* al consiliului, emanaţie a principiului conducerii colective[2]. Rolul *biroului* era de a asigura activitatea operativă a ministerului şi aducerea la îndeplinire a hotărârilor *Consiliului de Conducere*[3]. Un grad sporit de importanţă prezintă, din prisma studiului de faţă, acele atribute care vizau strict analiza dinamicii indicatorilor demografici şi de morbiditate, precum şi dezbaterea proiectelor de acte normative din domeniul ocrotirii sănătăţii, elaborate în cadrul ministerului pentru a fi supuse spre aprobare Consiliului de Miniştri.

---

1. Arhiva Ministerului Sănătăţii (în continuare AMS), fond Cabinetul Ministrului Sănătăţii (în continuare Cabinet 1), dosar 2/1974, nenumerotat.
2. Prin Decretul nr. 76, publicat în *Buletinul Oficial al RSR*, nr. 22, 4 martie 1973, s-a instituit principiul conducerii colective pentru toate ministerele şi organele centrale din Administraţie.
3. Art. 6 : *Adoptă şi propune spre aprobare studii, prognoze şi programe privind proporţiile, direcţiile, nivelurile şi ritmurile de dezvoltare în perspectivă a ocrotirii sănătăţii, în concordanţă cu obiectivele generale ale dezvoltării economico-sociale a ţării.*
   Adoptă şi supune spre aprobare proiectele planurilor cincinale şi anuale pe minister, ia măsuri pentru mobilizarea rezervelor existente, răspunde de elaborarea şi fundamentarea planurilor unităţilor de interes republican din subordinea sa, repartizează pe unităţi de interes republican din subordine sarcinile ce le revin din planul de stat, stabileşte măsurile necesare pentru îndeplinirea lor integrală şi ritmică.
   Analizează împreună cu alte ministere şi alte organe interesate modul cum se asigură în diferite domenii de activitate condiţiile de igienă, protecţia sanitară a aerului, solului şi apei, protecţia alimentelor destinate consumului şi stabileşte măsurile care se impun pentru apărarea şi promovarea sănătăţii publice.
   Dezbate situaţia stării de sănătate şi a asistenţei medicale a copiilor, tinerilor şi a muncitorilor şi adoptă măsuri pentru îmbunătăţirea activităţii în aceste domenii.
   Analizează modul de asigurare a aprovizionării populaţiei şi unităţilor sanitare cu medicamente şi adoptă măsuri pentru îmbunătăţirea acestei activităţi şi utilizarea raţională a medicamentului.
   Adoptă „Programul anual al principalelor obiective şi măsuri tehnico-organizatorice privind ocrotirea sănătăţii populaţiei" şi „Planul anual al principalelor obiective ale activităţii Ministerului Sănătăţii".
   Adoptă planul tematic al cercetării ştiinţifice medicale şi analizează valorificarea cercetărilor.
   Analizează trimestrial cum se realizează indicatorii de plan din sectorul ocrotirii sănătăţii, mersul întregii activităţi economico-sociale din unităţile de interes republican din subordine şi adoptă măsuri pentru rezolvarea problemelor ce se ridică în executarea planului.
   Hotărăşte modificarea indicatorilor de plan pentru unităţile de interes republican din subordine şi stabileşte componenţa biroului executiv pentru aprobarea unor astfel de modificări.
   Analizează periodic, odată cu analiza îndeplinirii planului, activitatea de protecţie a muncii din unităţile de interes republican din subordine şi stabileşte potrivit legii măsurile necesare în scopul asigurării celor mai bune condiţii de muncă, al prevenirii accidentelor de muncă şi îmbolnăvirilor profesionale – Ordinul nr. 568 din 27 octombrie 1973 pentru aprobarea Regulamentului privind organizarea şi funcţionarea Ministerului Sănătăţii, AMS, fond Ordine ale Ministerului Sănătăţii (în continuare Ordine MS), dosar 8/1973, f. 49.

Biroul Executiv răspundea de organizarea şi controlul modului de aplicare a hotărârilor de partid şi de stat, răspunzând de îndeplinirea lor[1]. În acest scop stabilea acţiunile de îndrumare şi control complex privind activitatea de ocrotire a sănătăţii de la nivelul judeţelor, al municipiului Bucureşti şi ministerelor cu reţea sanitară proprie, aproba concluziile acestor controale şi transmiterea lor către organele interesate. Atunci când erau constatate abateri importante, reprezentaţii ministerului puteau hotărî ridicarea sau suspendarea în condiţiile legii a exercitării practicii profesiunilor medico-sanitare. Acţiunile de control la nivelul teritoriului erau dublate de analiza periodică a activităţii departamentelor din structura organizatorică a ministerului[2]. Dacă structura MS hotărâtă prin ordinul din 1973 se va menţine până la căderea regimului comunist în decembrie 1989, nu acelaşi lucru se poate spune despre structura conducerii ministerului, a cărei evoluţie în timp arăta tot mai mult trecerea responsabilităţilor din planul strict al ştiinţelor medicale în cel al înfăptuirii politicii de stat comuniste privind creşterea demografică, în care personalul medical devenise un simplu executant, decidenţii fiind selectaţi şi provenind din structuri ce aveau prea puţin de-a face cu salvarea de vieţi. Pe aceste considerente, pe 26 iulie 1982 este dat un nou ordin de ministru al Sănătăţii prin care era stabilit un nou regulament de funcţionare a Consiliului de conducere a Ministerului Sănătăţii.

Modificările veneau pe fondul a două legi, prima din 1973[3], privind principiul conducerii colective a ministerelor, şi cealaltă din 1978[4], privind organizarea şi conducerea unităţilor sanitare care nu fuseseră înglobate în legislaţia privind organizarea, conducerea şi funcţionarea MS. Modificările survenite în 1982 reprezentau în mare parte o aducere la zi a regulamentului de funcţionare a MS raportat la legislaţia în vigoare la acea dată.

Inovaţiile cele mai importante au apărut în structura şi funcţionarea *Consiliului de Conducere* şi ale *Biroului Executiv* al acestuia. Era modificată în primul rând componenţa *consiliului* din care, potrivit acestui nou regulament, membrilor de drept deja existenţi urmau să li se alăture : reprezentaţi ai „oamenilor muncii" din unităţile sanitare, secretarul comitetului de partid din minister, preşedintele Uniunii Sindicatelor din Unităţile Sanitare, reprezentanţi ai unor organe ale administraţiei de stat sau ai altor unităţi socialiste care colaborau cu ministerul, delegaţi ai organizaţiilor obşteşti care îşi desfăşurau activitatea în domeniul de acţiune al ministerului. Propunerile pentru desemnarea în *consiliu* a persoanelor care nu activau în minister se făceau cu acordul conducerii structurii sau organizaţiei din care aceştia proveneau. Nu erau precizate alte criterii de selecţie pe bază meritocratică, iar calitatea de membru era consfinţită prin depunerea unui jurământ de loialitate[5].

---

1. *Ibidem*, ff. 49-50.
2. *Ibidem*, ff. 50-51.
3. „Decretul numărul 76/1973 privind conducerea ministerelor şi a celorlalte organe centrale ale administraţiei de stat pe baza principiului conducerii colective", publicat în *Buletinul Oficial al RSR*, partea I, numărul 22, din 4 martie 1973.
4. „Legea numărul 3/1978 privind asigurarea sănătăţii populaţiei", publicată în *Buletinul Oficial al RSR*, partea I, numărul 54, din 10 iulie 1978.
5. *Regulament de funcţionare a Consiliului de Conducere al Ministerului Sănătăţii*, AMS, fond Direcţia Asistenţei Medicale – Ocrotirea Mamei, Copilului şi Tineretului (în continuare DAM-OMCT), dosar 1/1982, nenumerotat.

Preşedintele consiliului rămânea ministrul Sănătăţii. Din perspectiva atribuţiilor consiliului sau ale membrilor săi individual, nu se remarcă modificări substanţiale, bineînţeles cu excepţia nou-veniţilor. Reprezentanţii din administraţia de stat aveau rolul de a soluţiona probleme specifice ale ramurii ocupaţionale din care proveneau şi care intrau în aria de competenţă a *Consiliului de Conducere*, supuneau dezbaterii probleme rezultate din activitatea organizaţiilor obşteşti şi propuneau măsuri pentru rezolvarea acestora, informau instituţiile sau organizaţiile de provenienţă asupra sarcinilor ce le reveneau în urma deciziilor consiliului, urmărind în acelaşi timp executarea acestora. Reprezentanţii angajaţilor din sistemul medical aveau rolul unei curele de transmisie între consiliului şi instituţiile din care proveneau, vehiculând informaţiile cu privire la problemele apărute în practica medicală şi soluţiile găsite la nivelul conducerii ministerului pentru rezolvarea celor din urmă. Pentru activitatea desfăşurată, *Consiliul de Conducere* ca întreg, dar şi fiecare membru în parte răspundeau în faţa Consiliului de Miniştri[1].

Prin ordinul din 1982 creştea semnificativ rolul şi importanţa *Biroului Executiv*, desemnat să asigure conducerea colectivă a activităţii operative din minister şi punerea în practică a hotărârilor *consiliului*. În noua formulă, *Biroul Executiv* era alcătuit din: ministru, adjuncţii săi şi secretarul de stat, secretarul comitetului de partid din minister, preşedintele Uniunii Sindicatelor din Unităţile Sanitare, alte cadre de conducere din minister sau din afara lui, provenienţa acestora nefiind precizată în lege[2].

Atribuţiile *biroului* urmau îndeaproape pe cele ale *consiliului*, diferenţa fiind făcută de o detaliere mult mai exactă a diferitelor acţiuni. Ca şi în cazul *consiliului*, diferiţii membrii din *Biroul Executiv* aveau sarcini specifice legate de poziţia de conducere ocupată în acest organism. Majoritatea sarcinilor erau o definire mai precisă a responsabilităţilor funcţiei pe care o deţineau în cadrul ministerului, dar şi în *Consiliul de Conducere*.

Activitatea Consiliului de Conducere, precum şi cea a *Biroului Executiv*, se desfăşura conform unui plan tematic anual, dezbătut şi aprobat de către *consiliul* însuşi. Pe baza planului de lucru se întocmeau tematici trimestriale, membrii consiliului având datoria de a întocmi şi prezenta rapoarte privind punctele de discuţie stabilite în tematică. Pentru buna desfăşurare a şedinţelor de lucru, materialele informative ce urmau a fi prezentate, erau distribuite tuturor membrilor cu 5 zile înainte de întrunire[3]. Şedinţele de lucru în cazul *Consiliului de Conducere* erau trimestriale, iar pentru Biroul Executiv cel puţin bilunare, sub rezerva convocării ad-hoc de către preşedinte a unei întruniri, ori de câte ori situaţia o impunea. La şedinţele consiliului, dar şi la cele din birou, puteau participa diferiţi reprezentanţi ai unor instituţii sau organizaţii obşteşti direct interesate de problemele dezbătute[4].

Punerea în practică a tuturor deciziilor era urmărită de către Biroul Executiv, care urmărea evoluţia diferitelor proiecte pe bază de fişe, statistici, grafice puse la dispoziţie de structurile ministerului.

1. AMS, fond Cabinet 1, dosar 2/1983, nenumerotat.
2. *Ibidem.*
3. AMS, fond Cabinet 1, dosar 4/1985-1986, nenumerotat.
4. AMS, fond Cabinet 1, dosar 12/1985, nenumerotat.

Ministrul Sănătăţii şi adjuncţii săi

Ministrul Sănătăţii răspundea împreună cu Consiliul de Conducere şi Biroul Executiv al acestuia de aplicarea politicii stabilite de statul comunist român în domeniul ocrotirii sănătăţii şi asigura conducerea curentă a întregii activităţi a ministerului. Dintre responsabilităţile specifice acestei funcţii subliniem : coordonarea directă a activităţii Direcţiei de Coordonare şi Control, reprezentarea ministerului în cadrul relaţiilor cu instituţii din afara ţării, dar şi cu misiuni diplomatice la nivelul de ambasador, cât şi redactarea materialelor implicate în aceste schimburi, semnarea avizelor la proiectele de legi, decrete, hotărâri ale Consiliului de Miniştri, precum şi a avizelor la alte acte normative şi materiale iniţiate de organe centrale şi locale ale administraţiei de stat, organe centrale ale organizaţiilor cooperatiste şi obşteşti, transmise Ministerului Sănătăţii spre avizare[1].

Titularii celorlalte poziţii aflate în conducerea MS, şi anume primul adjunct al ministrului, adjunctul ministrului şi secretarul general, aveau atât atribuţii şi competenţe comune, cât şi specifice fiecărei funcţii în parte. Dintre responsabilităţile comune primelor patru poziţii în ierarhia MS, cele mai importante priveau aprobarea planurilor financiare aferente activităţii de ocrotire a sănătăţii întocmite de alte ministere cu reţea sanitară proprie, informarea Biroului Executiv asupra gradului de îndeplinire a indicatorilor în vederea îmbunătăţirii activităţii ministerului, organizarea şi conducerea cu sprijinul Comitetului Uniunii Sindicatelor din Unităţile Sanitare de acţiuni de control complex a activităţii de asistenţă medicală în judeţele pe care le coordonau. De asemenea, coordonau activitatea de cercetare ştiinţifică medicală, aprobau planurile de muncă, rezolvau problemele de personal, urmăreau îndeaproape activitatea financiară a Ministerului Sănătăţii, răspunzând printre altele de alocarea bugetară trimestrială şi în teritoriu, urmăreau proiectele de investiţii[2].

Responsabilităţile specifice funcţiei erau mai numeroase, importanţa şi gradul lor de dificultate fiind în directă legătură cu locul ocupat pe scara ierarhică

Primul adjunct al ministrului avea următoarele atribuţii şi competenţe specifice : prelua atribuţiile ministrului în lipsa acestuia, *coordona în mod direct activitatea Inspectoratului Sanitar de Stat Central şi a Serviciului de Ocrotire a Mamei, Copilului şi Tineretului*, ajuta ministrul în problemele Direcţiei de Coordonare şi Control, propunea ordinea de zi a şedinţelor Consiliului de Conducere, răspundea de relaţia ministerului cu presa scrisă şi din audiovizual, organiza, împreună cu alte organe specializate, acţiuni complexe de control, în mod deosebit în întreprinderile industriale şi unităţile alimentare, coordona studiul permanent al dinamicii mortalităţii infantile şi materne[3], *iniţia şi coordona studii privind asistenţa medicală a mamei, copilului şi tineretului, ţinea legătura cu Comisia Naţională de Demografie*[4].

1. AMS, fond Cabinetul adjunctului ministrului Sănătăţii (în continuare Cabinet 2), dosar 29/1988, nenumerotat.
2. *Ibidem*.
3. AMS, fond Cabinet 1, dosar 9/1977, nenumerotat ; AMS, fond Cabinet 2, dosare 11/1987, 7 /1988, 29/1988, nenumerotate.
4. *Ibidem*.

Adjunctul ministrului

Coordona în mod direct Direcţia Dezvoltării şi Planificării, Direcţia Finanţării şi Administrării, Editura Medicală, conducea lucrările Consiliului Tehnico-Economic şi propunea spre aprobare Consiliului de Conducere concluziile acestor dezbateri. Verifica respectarea indicatorilor de plan şi remunerarea în consecinţă a personalului, organiza recensăminte, anchete, statistici sanitare, studii, analize şi materiale documentare, răspundea de controlul financiar intern[1].

Secretarul general

Coordona în mod direct Direcţia Asistenţei Medicale şi Direcţia Farmaceutică şi a Aparaturii Medicale, ajuta ministrul în problemele de învăţământ şi personal : aproba repartiţia cifrelor din planurile de şcolarizare, programele de învăţământ la disciplinele de specialitate, organizarea şi desfăşurarea sesiunilor de examene, precum şi tematicile acestora, repartizarea şi transferurile personalului medical. Îndruma şi coordona elaborarea programelor pe termen lung privind principalele probleme de asistenţă medicală a populaţiei, propunea baremurile de dotare a unităţilor de asistenţă medicală cu aparatură, instrumentar, medicamente şi materiale tehnico-medicale, coordona activitatea de farmaco-vigilenţă, având şi responsabilitatea autorizării producţiei de medicamente, importul de medicamente, instruirea personalului medical[2].

Planurile de măsuri

Conducerea MS era responsabilă cu alcătuirea şi îndeplinirea obiectivelor din planul de măsuri anual. O analiză a măsurilor prevăzute atât în planul general privind asigurarea asistenţei medicale generale a populaţiei, cât şi în planurile punctuale privind îmbunătăţirea indicilor demografici şi a asistenţei medicale pentru mamă şi copil arată o totală lipsă de reacţie în faţa consecinţelor vizibile, cauzate de aplicarea Decretului nr. 770/1966, consecinţe cunoscute la nivelul ministerului. Activitatea se concentra in jurul binomului *supraveghere/pedeapsă* : supravegherea cuplurilor tinere, catagrafierea[3] şi supravegherea gravidelor, o mai bună colaborare cu organele de Miliţie şi Procuratură pentru eliminarea focarelor avortogene, efectuarea controalelor ginecologice periodice de către populaţia feminină cu vârsta cuprinsă între 16 şi 45 de ani, acţiuni de control privind depistarea precoce a sarcinii. În cazul încălcării flagrante a prevederilor legale, colegiile de disciplină, precum şi organele Miliţiei şi Procuraturii erau cele responsabile cu aplicarea măsurilor corespunzătoare : suspendarea dreptului la liberă practică, urmărire penală şi închisoare[4]. Schema şi prevederile din planurile de măsuri ale MS în direcţia politicii

1. Ordinul nr. 568 din 27 octombrie 1973 pentru aprobarea Regulamentului privind organizarea şi funcţionarea Ministerului Sănătăţii, AMS, fond Ordine MS, dosar 8/1973, ff. 59-60.
2. AMS, fond Cabinet 1, dosar 4/1985-1986 ; AMS, fond Cabinet 2, dosare 11/1987, 7/1988, 29/1988, nenumerotate ; Ordine MS, dosar 8/1973, Ordinul nr. 568 din 27 octombrie 1973, ff. 60-64.
3. Înregistrarea oficială.
4. AMS, fond Cabinet 1, dosar 2/1983, dosar 4/1985-1986, dosar 5/1985, dosar 17/1985 ; fond Cabinetul Adjunctului ministrului Sănătăţii, dosare 11/1987, 7/1988, 29/1988, nenumerotate.

demografice au fost extrem de constante pentru intervalul 1970-1989, cu o accentuare treptată a măsurilor de control la nivelul populaţiei feminine, planurile de activitate din 1983[1] fiind identice cu cele din 1985[2], 1987[3], 1988[4] sau 1989[5].

De ce nu erau propuse şi soluţii de natură să reducă, în mod real, mortalitatea maternă prin avort, mortalitatea infantilă în cadrul instituţiilor de ocrotire sau amploarea abandonului? Răspunsul îl găsim în traseul parcurs de programul de măsuri de la întocmire şi până la punerea lui în aplicare. În primul rând, liniile directoare ale fiecărui program de activitate erau o emanaţie a conducerii de stat şi de partid, venind în special din direcţia preşedintelui Nicolae Ceauşescu. Sarcinile MS nu se stabileau de către specialiştii în sănătate, ci de către liderii politici comunişti la nivelul Comitetului Politic Executiv al CC al PCR[6]. După redactarea planificării anuale la nivel de minister, documentele erau înaintate către conducerea guvernului spre aprobare. Cu această ocazie, se exercitau fără îndoială o nouă cenzură şi o canalizare a acţiunilor MS în direcţia impusă de Partid. Intruziunea politicului nu se oprea însă aici. Planurile, precum şi rapoartele de activitate săptămânale, atât ale ministrului Sănătăţii, cât şi ale întregii conduceri din minister, erau înaintate spre aprobare şi analiză acelui membru din conducerea guvernului însărcinat cu supravegherea şi coordonarea activităţii MS, în anii '80 fiind vorba despre un viceprim-ministru[7]. Traseul parcurs în planificarea acţiunilor MS făcea practic imposibilă orice acţiune care ar fi contravenit politicii de partid şi de stat.

Direcţiile din minister responsabile cu implementarea politicii demografice

Direcţia Asistenţei Medicale

În structura sa organizatorică intrau serviciul spitale şi unităţi ambulatorii cu atribuţii specifice. Sarcinile Direcţiei Asistenţei Medicale acopereau cinci domenii specifice de acţiune:

În domeniul asistenţei medicale a populaţiei, răspundea de reglementarea bunei desfăşurări a activităţii de asistenţă medicală, cu toate aspectele pe care aceasta le implica: analiză, legiferare, organizare, control, analiza dinamicii stării de sănătatea populaţiei, coordonarea activităţii de recoltare, conservare şi transfuzie de sânge, transportul medical

1. *Plan de activitate a conducerii Ministerului Sănătăţii*, AMS, fond Cabinet 1, dosar 2/1983, nenumerotat.
2. *Plan de activitate a conducerii Ministerului Sănătăţii*, AMS, fond Cabinet 1, dosare 4/1985-1986, 5/1985, 17/1985, nenumerotate.
3. *Plan de activitate a conducerii Ministerului Sănătăţii*, AMS, fond Cabinet 2, dosar 11/1987, nenumerotat.
4. *Plan de activitate a conducerii Ministerului Sănătăţii*, AMS, fond Cabinet 2, dosare 7/1988, 29/1988, nenumerotate.
5. *Plan de activitate a conducerii Ministerului Sănătăţii*, AMS, fond Cabinet 2, dosar 29/1988, nenumerotat.
6. AMS, fond Cabinet 2, dosar 11/1986, nenumerotat.
7. AMS, fond Cabinet 1, dosar 4/1985-1986, nenumerotat, Cabinet 2, dosare 11/1987, 7/1988, 29/1988, nenumerotate.

pe teritoriul României, organizarea staţiunilor balneoclimaterice, a laboratoarelor de radioterapie, selecţia bolnavilor pentru tratament medical în străinătate[1].

La rândul său, serviciul spitale şi unităţi ambulatorii avea atribuţii specifice : analiza gradul în care era asigurată asistenţa medicală în spitale, policlinici şi dispensare, propunea măsuri pentru îmbunătăţirea stării de sănătate a populaţiei, sprijinea activitatea direcţiilor sanitare judeţene şi cea a municipiului Bucureşti.

Serviciul Ocrotirii Mamei, Copilului şi Tineretului

Serviciul Ocrotirii Mamei, Copilului şi Tineretului avea ca principale atribuţii analiza sistematică a dinamicii mortalităţii infantile şi materne, a morbidităţii şi mortalităţii în rândul copiilor şi tineretului. În consecinţă, propunea măsurile tehnico-organizatorice necesare reducerii continue a acestora ; analiza formele de organizare a asistenţei medicale şi de ocrotire a mamei, copilului şi tineretului în raport cu dinamica indicatorilor demografici, pentru adaptarea lor la nevoile reale de asistenţă medicală şi de ocrotire a acestor grupe de populaţie şi ridicarea continuă a calităţii şi eficienţei lor ; elabora proiecte de programe pentru acţiuni imediate şi pe termen lung pentru prevenirea şi combaterea mortalităţii infantile, a morbidităţii la copii şi tineret, precum şi a morbidităţii obstetricale şi ginecologice.

De asemenea, acest serviciu elabora proiecte de norme privind organizarea şi funcţionarea unităţilor sanitare şi de ocrotire a mamei, copilului şi tineretului, îndruma activitatea acestor instituţii cu ajutorul Institutului de Ocrotire a Mamei şi Copilului. Organiza, îndruma şi controla activitatea de ocrotire şi de asistenţă medicală din colectivităţile de copii preşcolari, şcolari şi din cele studenţeşti (leagăne, creşe, grădiniţe, şcoli, instituţii de învăţământ superior)[2] ; organiza trimiterea copiilor cu handicap în centre de recuperare medicală. În competenţa de avizare a acestui departament intrau instrucţiunile, regulamentele şi alte acte cu caracter normativ care priveau activitatea de ocrotire şi asistenţă medicală a mamei, copilului şi tineretului, documentaţiile tehnice pentru noile construcţii de unităţi sanitare, propunerile de import de medicamente şi alte materiale sanitare[3].

Direcţia Coordonare, Control, Personal şi Învăţământ

Direcţia Coordonare, Control, Personal şi Învăţământ avea printre atribuţiile principale : documentarea cu privire la eficacitatea diferitelor metode de management în domeniul sanitar şi propunerea de norme pentru îmbunătăţirea acestora ; organizarea controlului asupra felului în care organele de conducere colectivă ale unităţilor sanitare din subordine, la nivel judeţean, respectau în activitatea lor hotărârile de partid, legile, decretele Consiliului de Miniştri, ordinele şi instrucţiunile ministerului ; coordonarea întocmirii proiectului „Programul anual al principalelor forme obiective şi măsuri tehnico-organizatorice

1. AMS, fond Cabinet 1, dosare 3/1973, 6/1976, 9/1977 ; AMS, fond Cabinet 2, dosare 11/1987, 7/1988, 29/1988, nenumerotate ; Ordinul nr. 568 din 27 octombrie 1973 pentru aprobarea Regulamentului privind organizarea şi funcţionarea Ministerului Sănătăţii, AMS, fond Ordine MS, dosar 8/1973, f. 72.
2. AMS, DAM-OMCT, dosare 4/1978, 15/1984, 18/1987, 19/1987, 9/1988, nenumerotate.
3. AMS, fond Ordine MS, dosar 8/1973, ff. 127-130.

privind ocrotirea sănătăţii populaţiei" şi a proiectului „Planul anual al principalelor obiective ale activităţii ministerului" ; controlarea metodelor de muncă folosite la nivelul direcţiilor sanitare judeţene şi cea a municipiului Bucureşti. Pe baza studiilor proprii, era abilitată să facă propuneri pentru îmbunătăţirea activităţii aparatului central al ministerului, coordona şi organiza acţiuni complexe de îndrumare şi control ale ministerului, organiza anchetele dispuse de ministru, asigura lucrările necesare pentru organizarea şi desfăşurarea şedinţelor Consiliului Sanitar Superior, urmărea îndeplinirea de către minister a sarcinilor trasate de conducerea de partid[1].

Comisiile de specialişti ale Ministerului Sănătăţii

Încă din 1973, la nivelul Ministerului Sănătăţii s-a luat decizia înfiinţării unor comisii de specialişti care să ajute activitatea diferitelor departamente existente în minister. În prima formă a proiectului nu au fost prevăzute decât şapte comisii de specialitate, niciuna neavând ca punct principal de interes activitatea de politică demografică[2]. Aspectele privind asistenţa medicală a mamei şi copilului au fost lăsate în seama unei comisii mixte a MS împreună cu Academia de Ştiinţe Medicale, iar aspectele demografice au intrat în sarcina Comisiei de Demografie din cadrul Academiei de Ştiinţe Medicale[3]. În 1980, prin ordin de ministru, sarcinile şi numărul comisiilor de specialişti din minister sunt revizuite, ajungându-se la 21 de comisii. S-a renunţat la ideea comisiilor mixte patronate împreună cu Academia de Ştiinţe Medicale. În urma acestor modificări, o comisie pentru ocrotirea mamei copilului şi tineretului a fost organizată strict sub auspiciile MS. Tot în sfera politicii pronataliste a guvernului român a mai fost creată şi o comisie pentru afecţiuni neuropsihomotorii la copii. În componenţa comisiilor intrau directorii diferitelor institute de cercetare precum Institutul de Ocrotire a Mamei şi Copilului din Bucureşti, cadre universitare ale principalelor universităţi de profil la nivel naţional precum Institutul de Medicină şi Farmacie din Iaşi, Bucureşti, Cluj, Facultatea de Medicină din Craiova, precum şi directorii unor instituţii sanitare de prestigiu precum maternitatea Polizu din Bucureşti, spitalul de copii din Oradea, directori ai unor direcţii sanitare judeţene[4].

Concret, sarcina comisiilor de specialişti consta în analiza, găsirea şi punerea în practică a soluţiilor pentru rezolvarea anumitor probleme formulate de către Consiliul de Conducere, Biroul Executiv sau de către ministrul Sănătăţii, urmărind realizarea programelor stabilite pentru sectorul de activitate în care activau. Împreună cu departamentul de profil din minister, propunea şi întocmea planul anual de studii şi analize din sfera de activitate. Pentru problemele identificate şi enunţate de către Biroul Executiv al ministerului, comisiile de specialişti trebuiau să elaboreze planul şi metodica de lucru specifică. Fiecare membru răspundea pentru activitatea întregii comisii, dar şi individual, pentru

1. *Ibidem*, ff. 109-110.
2. AMS, fond Cabinet 1, dosar 18/1972, nenumerotat.
3. *Ibidem*.
4. Ordinul nr. 233 din 16 iunie 1980 privind constituirea şi componenţa comisiilor de specialişti ale Ministerului Sănătăţii, precum şi aprobarea normelor de funcţionare ale acestor comisii. AMS, fond Ordine MS, dosar 3/1980, ff. 3-4.

activitatea proprie. Individual, membrii comisiilor aveau ca obligaţii: să răspundă la convocarea preşedintelui, participând la elaborarea lucrării aflată în derulare, efectuarea de deplasări pe teren în scopul documentării problemelor prevăzute în planul de activitate, să participe, la solicitarea conducerii ministerului, la acţiuni complexe de îndrumare şi control, să ia parte la şedinţele Consiliului Sanitar Superior şi cele ale Consiliului de Conducere al Ministerului Sănătăţii, dacă erau dezbătute probleme din domeniul respectiv de activitate. În afara activităţilor curente, comisiile se întruneau semestrial pentru analiza activităţii desfăşurate. Relaţia între conducerea ministerului, celelalte departamente din componenţa acestuia şi comisiile de specialişti era asigurată printr-un secretariat tehnic constituit la nivelul fiecărei comisii. Împreună cu departamentele de profil din minister stabileau, în luna octombrie a fiecărui an, propuneri cu privire la „programul principalelor obiective şi măsuri tehnico-organizatorice privind ocrotirea sănătăţii populaţiei”[1].

Reţeaua sanitară în teritoriu

Direcţiile sanitare judeţene

Ulterior adoptării ordinului de funţionare a MS din 1969, precum şi reorganizării teritoriale a României din 1968, coordonarea activităţii medicale din teritoriu a fost încredinţată direcţiilor sanitare judeţene, organe locale de specialitate ale administraţiei de stat, organizate pe lângă comitetele executive ale consiliilor populare judeţene şi cel al municipiului Bucureşti. Nou-creata instituţie avea o dublă subordonare. Din punct de vedere administrativ şi financiar, ea era subordonată consiliilor populare şi comitetelor executive ale acestora, urmând ca activitatea medicală să fie coordonată de către Ministerul Sănătăţii[2]. Principala misiune a direcţiilor sanitare judeţene era asigurarea conducerii tehnice şi operative pentru toate sectoarele de ocrotire a sănătăţii de pe teritoriul judeţului respectiv sau al municipiului Bucureşti, răspunzând de buna desfăşurare a acesteia atât la nivelul oraşului reşedinţă de judeţ, cât şi în restul teritoriului, acordând asistenţă comitetelor executive ale consiliilor populare ierarhic inferioare celui judeţean. Toate unităţile sanitare din reţeaua consiliilor populare din teritoriul judeţului sau al muncipiului Bucureşti erau direct subordonate direcţiei sanitare respective, care le organiza, conducea, îndruma, coordona şi controla întreaga activitate. Controlul activităţii medico-sanitare se exercita şi asupra celorlalte unităţi cu profil medical aflate în raza de competenţă a direcţiei, chiar dacă respectivele erau subordonate la nivel central unui alt minister în afară de cel al Sănătăţii. Atribuţiile direcţiilor sanitare, aşa cum erau ele precizate în regulamentul de funcţionare, acopereau sfera completă a îngrijirii medicale, începând cu activitatea sanitară antiepidemică până la asigurarea educaţiei sanitare şi rezolvarea problemelor economico-financiare[3].

Anumite direcţii de acţiune au favorizat în mod special implementarea măsurilor de politică demografică în cadrul unităţilor medicale avute în subordine (figura 1 din Anexe).

1. *Ibidem*.
2. *Regulament de funcţionare al direcţiilor sanitare*, AMS, fond Cabinet 1, dosar 47/1969, nenumerotat.
3. *Ibidem*.

Direcţiile sanitare judeţene (DSJ) îndrumau, controlau şi răspundeau de asistenţa medicală de specialitate a mamei, copilului şi tineretului. Funcţionând ca o curea de transmisie între Ministerul Sănătăţii şi totalitatea unităţilor medicale din subordine, DSJ atribuia sarcini metodologice unităţilor sanitare din subordine, întocmea pe baza metodologiei de plan, a indicaţiilor comitetului executiv al Consiliului Popular Judeţean sau al municipiului Bucureşti proiectele de plan pe termen scurt şi lung. Veghea respectarea normelor privind prescrierea şi eliberarea medicamentelor, îndruma şi controla activitatea de statistică sanitară, efectua pe baza datelor statistice analiza complexă a stării de sănătate, dispunea sau îşi dădea acordul la angajarea, trasferarea, desfacerea contractului de muncă al personalului medico-sanitar superior, supraveghea şi controla exercitarea profesiunilor medico-sanitare în vederea respectării normelor „deontologice" de către întregul personal medico-sanitar care-şi desfăşura activitatea pe teritoriul judeţului sau al municipiului Bucureşti, indiferent de subordonarea administrativă a respectivelor unităţi sanitare[1].

Direcţiile sanitare judeţene erau conduse de un director numit de către Consiliul Popular, cu acordul Ministerului Sănătăţii, ajutat de medici inspectori care alcătuiau corpul de îndrumare şi control. Pentru fiecare dintre direcţiile majore de intervenţie la nivelul activităţii sanitare, existau inspectori (un post la fiecare 150.000 de locuitori)[2]. În sarcina acestora intra supravegherea modului în care unităţile medicale din teritoriul arondat respectau normativele stabilite la nivelul Ministerului Sănătăţii şi al Comitetului Executiv al Consiliului Popular. Activitatea medicilor inspectori era susţinută şi de comisii de specialitate. Tot în cadrul Direcţiei sanitare judeţene mai funcţionau : centrul sanitaro-antiepidemic, laboratoare, staţia de aparatură medicală, servicii şi birouri care deserveau atât unităţile din structura sa organizatorică, cât şi unităţile din subordine. Direcţiile sanitare urmăreau în permanenţă menţinerea la nivelul unităţilor sanitare arondate a indicilor privind natalitatea, mortalitatea infantilă, avorturile incomplete şi mortalitatea maternă prin avort septic la valorile impuse pentru asigurarea unei creşteri susţinute a populaţiei României la valorile dorite de Nicolae Ceauşescu : 25 de milioane de locuitori în 1990 şi 30 de milioane de locuitori în anul 2000[3]. Acţiunile efective întreprinse pentru punerea în practică a politicii demografice aveau ca principală componentă controlul exercitat în special asupra populaţiei feminine din teritoriul arondat. Inspectorii din cadrul Direcţiei judeţene aveau ca principală misiune verificare pe teren a modului în care era respectată legislaţia privind efectuarea întreruperilor de sarcină, depistarea cât mai precoce, luarea în evidenţă şi dispensarizarea gravidei pentru a impiedica un eventual avort delictual, asigurarea asistenţei medicale la naştere, luarea în evidenţă şi supravegherea activă a nou-născutului (aplicarea unei scheme corecte de alimentaţie, profilaxia rahitismului, depistarea precoce a îmbolnăvirilor şi aplicarea

1. Vezi *infra*, capitolul *Inspecţii în teritoriu*.
2. Excepţie de la această regulă făceau judeţele Bistriţa-Năsăud, Covasna, Tulcea şi Sălaj, unde erau prevăzute două posturi la 150.000 de locuitori. Decret privind normele unitare de structură pentru unităţile sanitare, AMS, fond Cabinet 1, dosar 45/1979.
3. Planul conţinând principalele obiective pentru anul 1971 stabilea reducerea coeficientului mortalităţii materne cu cel puţin 10% faţă de media anului anterior şi nu se accepta depăşirea indicelui anual de 90% de mii de nou-născuţi vii. Mortalitatea infantilă trebuia de asemenea redusă trimestrial cu cel puţin 10% faţă de media înregistrată în trimestrul anterior şi nu se admitea depăşirea indicelului anual de 50%. AMS, fond Cabinet 1, dosar 69/1971, nenumerotat.

tratamentului adecvat) în vederea reducerii mortalităţii infantile. Incontestabil, multe dintre observaţiile şi recomandările inspectorilor de specialitate vizau o îmbunătăţire a modului de acordare a asistenţei medicale.

O atenţie specială era acordată fenomenului avortogen. În aceas sens, la nivelul direcţiilor sanitare se constituia o comisie a cărei unică sarcină era organizarea şi desfăşurarea de inspecţii-fulger în diferitele unităţi medicale arondate. În decursul unui an calendaristic puteau fi întreprinse între 30-40 de astfel de controale. Pentru a depista eventualele încălcări ale legislaţiei privind întreruperile de sarcină, comisia de control îşi desfăşura vizitele cu precădere în timpul serii şi al nopţii, atunci când efectuarea oricărei întreruperi de sarcină era interzisă, cazurile care puneau în pericol viaţa pacientei fiind acceptate cu respectarea unor condiţii foarte stricte. Nu toate direcţiile judeţene respectau *ad litteram* directivele Ministerului Sănătăţii. În judeţe precum Cluj, Iaşi, Vaslui ori Hunedoara, responsabilii din MS semnalau actitivitatea foarte redusă a comisiilor de control, care nu efectuau mai mult de 3-10 controale anual[1]. Era ţinută o evidenţă strictă a cazurilor depistate şi trimise în faţa justiţiei pentru efectuarea de manevre abortive ilegale. Aceeaşi stricteţe am putut-o constata în repertorierea cadrelor medicale care se făceau vinovate de acest delict şi numărul lor raportat la numărul total de cazuri. Corpul medical avea rol de *exempla* în faţa comunităţii, motiv pentru care orice abatere era cu atât mai reprobabilă în ochii autorităţilor comuniste. Pentru a preîntâmpina astfel de cazuri, direcţiile sanitare judeţene aveau ca sarcină întocmirea unor liste cu cadre medicale suspectate de a fi efectuat întreruperi ilegale de sarcină, liste ce trebuiau apoi trimise către organele Miliţiei şi Procuraturii în vederea efectuării de verificări. Odată confirmată suspiciunea, nu doar cei direcţi implicaţi aveau de suferit. Direcţiile sanitare judeţene aveau ca sarcină sancţionarea administrativă a directorilor de unităţi sanitare care răspundeau de activitatea cadrelor medicale găsite vinovate. Nu existau prevederi clare în privinţa naturii sancţiunii ce trebuia acordate astfel încât, spre nemulţumirea conducerii MS, directorii fie nu erau sancţionaţi, fie primeau un avertisment verbal. Existau însă şi judeţe precum Mureş ori Argeş care făceau dovada unui zel mai deosebit, aici fiind înregistrate cele mai multe cazuri de destituiri având ca unic motiv implicarea personalului medical din subordine în practicarea avorturilor clandestine[2].

În lipsa unor dovezi clare, de natură să incrimineze personalul medical, direcţiile sanitare judeţene aveau dreptul de a sesiza Miliţia şi Procuratura cu privire la averea anumitor cadre medicale[3]. La nivel naţional, direcţiile sanitare care dădeau curs acestei din urmă prerogative au reprezentat însă mai degrabă excepţia decât regula.

Tipurile de unităţi medicale

Activitatea medicală propriu-zisă era asigurată prin reţeaua de unităţi sanitare organizate după cum urmează: centrul de igienă şi medicină preventivă, spitalul, policlinica,

1. *Ibidem*.
2. *Informare asupra evoluţiei natalităţii, întreruperilor de sarcină şi mortalităţii materne prin avort septic în anul 1973*, AMS, fond Cabinet 1, dosar 4/1974, nenumerotat.
3. *Program de măsuri privind îmbunătăţirea organizării şi creşterea calităţii asistenţei medicale a personalului muncitor*, AMS, fond Cabinet 1, dosar 2/1983, nenumerotat.

dispensarul medical, sanatoriul, preventoriul, leagănul de copii, creşa, serviciul de recoltare şi conservare a sângelui, serviciul de salvare, serviciul de aviaţie sanitară, serviciul medico-legal, serviciul de statistică sanitară, unităţi din sectorul farmaceutic. În continuare vom prezenta doar acele tipuri de unităţi medicale care jucau un rol activ în realizarea proiectelor de politică demografică (figura 2 din Anexe).

Spitalul

Era instituţia sanitară care avea rolul de a asigura îngrijiri medicale complete preventive şi curative bolnavilor ambulatorii şi celor internaţi prin secţiile şi serviciile sale. Spitalul avea în structura sa una sau mai multe secţii, cu o capacitate între 30 şi 150 de paturi, în funcţie de clasificarea spitalului. Complexitatea îngrijirilor ce puteau fi asigurate de un anumit spital era dată de scara de clasificare.

Prima treaptă era reprezentată de *spitalul general*, care avea în structura sa mai multe secţii cu paturi, în diferite specialităţi. Spitalul general prezenta la rândul său mai multe categorii : categoria I – spital judeţean sau în municipiul Bucureşti ; categoria a II-a – spital judeţean sau municipal ; categoria a III-a – spital orăşenesc ; categoria a IV-a – spital comunal diferenţiat pe secţii.

- *Spitalele din categoria I* aveau secţii în toate specializările medicale şi puteau constitui baze pentru învăţământul medical universitar şi preuniversitar.
- *Spitalele din categoria a II-a* erau amplasate în oraşele reşedinţă de judeţ, capacitatea minimă era de 700 de paturi şi aveau în mod obligatoriu următoarele secţii cu paturi : interne, chirurgie, obstetrică-ginecologie, nou-născuţi, pediatrie, ORL, oftalmologie, neurologie, psihiatrie, contagioase, TBC, dermato-venerice. Aceste spitale puteau pregăti tinerii medici în timpul secundariatului.
- *Spitalele din categoria a III-a* erau amplasate în oraşe, aveau o capacitate minimă de 250 de paturi şi o structură cu patru secţii în specialităţile : interne, chirurgie, obstetrică-ginecologie şi pediatrie. În mod excepţional puteau fi organizate şi unele secţii prezente în structura spitalelor din categoria a II-a.
- *Spitalele din categoria a IV-a* erau amplasate la nivelul comunelor, aveau o capacitate minimă de 120 de paturi distribuite în două până la patru secţii în specialităţile : interne, chirurgie, obstetrică-ginecologie şi pediatrie[1].

A doua treaptă de organizare era ocupată de *spitalul clinic*, cu o capacitate minimă de 120 de paturi, amplasat în centre universitare medicale, având rol atât în asigurarea asistenţei medicale de specialitate, cât şi pentru acoperirea necesităţilor procesului de învăţământ şi cercetare ştiinţifică. Structura secţiilor cu paturi şi a cabinetelor medicale de specialitate varia în funcţie de sarcinile specifice ale spitalului.

Pe treapta a treia se clasa *spitalul de specialitate*, care era organizat pentru asistenţa medicală a unor grupe de populaţie sau tratamentul anumitor boli (tuberculoză, boli infecţioase, neuropsihiatrie etc.).

1. *Decret privind normele unitare de structură pentru unităţile sanitare*, AMS, fond Cabinet 1, dosar 45/1979, nenumerotat.

Spitale cu o capacitate de minimum 120 de paturi mai puteau fi organizate pe lângă anumite unităţi industriale şi centre de învăţământ, în special superior[1]. Spitalele funcţionau în subordinea Direcţiei Sanitare, cu excepţia spitalelor clinice care erau controlate direct de către Ministerul Sănătăţii.

Policlinica

Policlinica era organizată pentru a deservi o populaţie de 30.000 de locuitori atât în mediul urban, cât şi în cel rural. Policlinica putea avea servicii de consultaţii în specialităţile : interne, chirurgie, obstetrică-ginecologie, pediatrie, ORL, oftalmologie, neurologie, psihiatrie, TBC, dermato-venerice şi stomatologie, cel puţin servicii de laborator şi radiologie, precum şi servicii de consultaţie de medicină generală. Policlinicile pentru pediatrie şi stomatologie pot fi organizate în municipii cu o populaţie de peste 50.000 de locuitori.

Dispensarul medical

Diferitele tipuri de dispensare medicale erau clasate în trei categorii diferite :

Dispensarul medical de medicină generală acorda asistenţă medicală populaţiei din circumscripţiile sanitare ale oraşelor şi satelor, având cabinete de consultaţie pentru adulţi, copii, precum şi cabinet stomatologic. În satele cu populaţie numeroasă sau aflate la mare distanţă de dispensar, erau organizate cabinete de consultaţie, încadrate cu medici, sau puncte de sănătate, încadrate cu personal mediu sau auxiliar. În mediul rural, în cadrul dispensarului mai puteau funcţiona : un staţionar pentru adulţi sau pentru copii, cu o capacitate de 5-20 de paturi, punct famaceutic, bucătăria de lapte, casă de naştere cu o capacitate de 5-20 de paturi. Pentru acordarea asistenţei de specialitate, dispensarele medicale comunale conlucrau cu un anumit spital, desemnat ca atare de către Direcţia Sanitară[2].

În marile unităţi industriale, instituţii de învăţământ sau de asistenţă socială, în care asistenţa medicală nu putea fi asigurată de dispensarul de circumscripţie, erau organizate dispensare de medicină generală de întreprindere, şcolare (studenţeşti) şi pentru unităţi de asistenţă socială. În întreprinderi, dispensarul medical se organiza dacă numărul muncitorilor depăşea cifra de 2.100. Dacă această condiţie nu era întrunită, unitatea economică era arondată unui cabinet medical ori spital din raza teritorială în care se afla. În cazul instituţiilor de învăţământ, un cabinet medical trebuia să deservească cel puţin 3.500 de elevi. În caz contrar, unitatea de învăţământ era arondată unui alt dispensar stabilit de către Direcţia Sanitară.

Dispensarul medical de specialitate acorda asistenţă de specialitate unui anumit grup de populaţie sau pentru o singură specialitate (TBC, dermato-venerice, psihiatrie, balnear, oncologie, medicină sportivă).

Dispensarele policlinice au fost organizate până în 1979 pe lângă spitale, în oraşe, precum şi în comunele cu un număr mare de locuitori. După această dată, dispensarul policlinic a funcţionat independent şi pentru asigurarea asistenţei medicale a cel puţin 24.000 de locuitori[3]. În structura acestuia intrau cabinete de medicină generală, cabinete

1. *Ibidem.*
2. *Ibidem*.
3. Legea nr. 3 din 6 iulie 1978 privind asigurarea sănătăţii populaţiei, publicată în *Buletinul Oficial al RSR*, nr. 54, din 10 iulie 1978.

de stomatologie, precum şi cabinete de specialitate, servicii de laborator şi radiologie. Dispensarele policlinice mai puteau funcţiona în centrele balneare, pe lângă marele platforme industriale, precum şi în anumite centre şcolare şi universitare. Aceste instituţii erau conduse de un medic-şef ajutat de sora medicală-şefă. Fiecare dispensar policlinic era subordonat unui spital desemnat în acest sens de către Direcţia Sanitară.

Leagănul de copii

Leagănul de copii era instituţia de ocrotire care asigura creşterea, educarea şi îngrijirea medicală a copiilor cu vârste între 0 şi 3 ani, încadraţi în sistemul de ocrotire. Conform normelor stabilite de Ministerul Sănătăţii, capacitatea minimă a unui leagăn de copii era de 100 de paturi. Organizarea leagănului urma diferitele grupe de vârstă şi starea de sănătate a copiilor[1].

Creşa

Creşa era instituţia de ocrotire care asigura supravegherea, inclusiv cea medicală, şi educarea până la vârsta de 3 ani pentru copiii cu mame salariate. În funcţie de comunităţile în care erau înfiinţate, creşele puteau fi permanente sau sezoniere.

Implicarea şi responsabilitatea diferitelor unităţi sanitare în aplicarea reglementărilor privind politica demografică a statului comunist român depindea de specificul fiecăreia. La nivelul teritoriului, cele mai multe prerogative reveneau spitalelor din categoriile I şi a II-a, urmate de spitalele orăşeneşti şi comunale, precum şi de cabinetele de circumscripţie sanitară.

Corpul medical

Atribuţii

În spitalele din centrele universitare care erau implicate şi în asigurarea învăţământului medical universitar, medicii din specialităţile obstetrică-ginecologie, pediatrie, neonatologie erau primii solicitaţi pentru a fi membri în diferite comisii de specialitate, atât la nivelul Ministerului Sănătăţii[2], în Consiliul Sanitar Superior[3], cât şi la nivel local, în cadrul direcţiilor sanitare judeţene[4]. Fiecare centru universitar care deţinea şi o Facultate de Medicină şi Farmacie era responsabil cu supravegherea, îndrumarea profesională şi controlul modului în care se realiza asistenţa medicală a mamei şi copilului în judeţele

1. *Nomenclatorul tipurilor de instituţii şi unităţi sanitare*, AMS, fond Cabinet 1, dosar 125/1970, nenumerotat.
2. Ordinul nr. 233 din 16 iunie 1980 privind constituirea şi componenţa comisiilor de specialişti ale Ministerului Sănătăţii, precum şi aprobarea normelor de funcţionare ale acestor comisii. AMS, fond Ordine MS, dosar 3/1980, ff. 3-4.
3. *Componenţa Consiliului Sanitar Superior*, AMS, fond Direcţia Coordonare, Control, Personal şi Învăţământ (în continuare DCCPI), dosar 11/1976.
4. *Decret privind normele unitare de structură pentru unităţile sanitare*, AMS, fond Cabinet 1, dosar 45/1979.

ce-i erau arondate. Medicii care erau în acelaşi timp şi cadre didactice universitare erau solicitaţi periodic pentru a face parte şi din corpul de control al ministerului în judeţele a căror activitate o coordonau[1].

Erau vizate în principal aspectele legate de creşterea natalităţii, reducerea mortalităţii infantile şi a celei materne. Principalele acţiuni menite a asigura un spor demografic cât mai apropiat de normele prevăzute la nivelul MS erau limitarea numărului avorturilor şi educarea populaţiei în ideea unei familii numeroase. Cum măsurile educative sau, mai bine spus, propagandistice prin intermediul presei scrise, radioului, televiziunii şi filmografiei nu s-au arătat a fi unele de succes, medicilor le-a fost trasată responsabilitatea ca prin activitatea lor să ducă la reducerea numărului de avorturi.

În cazul avorturilor permise prin decretul 770/1966, medicii interveneau direct în cadrul comisiilor judeţene de aprobare a întreruperilor de sarcină pe criterii medicale. Deşi exista un nomenclator al cazurilor medicale pentru care se putea solicita întreruperea legală a sarcinii, decizia finală se afla în mâinile medicului care, fie îşi dădea acordul pentru intervenţie, chiar dacă legalitatea actului era îndoielnică, fie limita conştient numărul avorturilor pe cauze medicale, respectând astfel directivele MS. Chiar dacă nu am găsit proba documentară privind existenţa unui *numerus clausus* în privinţa avorturilor pentru cauze medicale, statistica întreruperilor de sarcină pentru anii 1967-1989 arată că cifrele pentru această categorie au rămas practic neschimbate, în timp ce toate celelalte categorii au înregistrat variaţii importante[2]. Dacă un avort avusese totuşi loc, el fiind în aparenţă spontan, medicul avea obligaţia de a stabili cu exactitate dacă era vorba despre avort spontan real sau despre o întrerupere de sarcină rezultată în urma practicării unor metode abortive clandestine. În cazul confirmării celei din urmă variante, tot medicul avea obligaţia de a-şi denunţa pacienta în faţa organelor Miliţiei şi Procuraturii. Nu doar pacientele erau supuse analizei şi verificărilor. Ceilalţi colegi de breaslă erau de asemenea vizaţi. Delaţiunea era principalul mijloc prin care, la nivelul unui colectiv şi apoi la nivel de direcţie sanitară, se întocmeau liste cu cadre medicale suspectate de a fi implicate în cazuri de întrerupere ilegală a sarcinii[3]. Directorul de spital avea printre atribuţiuni supravegherea personalului din subordine pentru ca astfel de „incidente" să nu se producă şi implicit anunţarea autorităţilor.

Medicii din policlinici şi dispensare medicale aveau ca principală sarcină supravegherea populaţiei feminine. Prin intermediul controalelor medicale periodice, cadrele medicale din circumscripţiile sanitare trebuiau să depisteze o posibilă sarcină şi să ia gravida în evidenţă, înainte ca aceasta să aibă posibilitatea efectuării unui avort clandestin. Odată luată în evidenţă sarcina, medicul avea obligaţia să-şi urmărească periodic pacienta pentru a se asigura de bunul mers al sarcinii, dar şi pentru a descuraja potenţialele tentativele de avort, caz în care autorităţile ar fi fost anunţate[4].

Cele mai frecvente controale ginecologice erau înregistrate la marile întreprinderi, în care femeile reprezentau un procent important din totalul angajaţilor. Cabinetele medicale

1. AMS, DAM-OMCT, dosare 4/1978, 13/1984, 15/1984, 13/1987, 18/1987, 19/1987, 9/1988, nenumerotate.
2. Vezi *infra*, „Evoluţia numărului de avorturi, 1966-1986".
3. *Dare de seamă a oamenilor muncii din domeniul sanitar*, AMS, fond Cabinet 1, dosar 2/1983, nenumerotat.
4. *Informare privind evoluţia principalilor indicatori demografici*, AMS, fond Cabinet 1, dosar 12/1985, nenumerotat.

din întreprinderile unde lucrau mai mult de 2.500 de femei aveau în mod obligatoriu normat un post de medic ginecolog. În celelalte cazuri, pentru efectuarea controalelor era deplasat un medic de la dispensarul de circumscripţie sau din policlinică[1]. De aceeaşi „grijă" beneficiau şi femeile care aveau în antecedentele medicale unul sau mai multe avorturi incomplete. În acest caz, medicul de circumscripţie avea obligaţia de a-şi consulta pacienta la fiecare trei luni[2].

Aceeaşi vigilenţă era cerută şi în cazul nou-născuţilor care locuiau în raza de acţiune a circumscripţiei. Ei trebuiau luaţi în evidenţă încă din prima zi în care părăseau maternitatea şi trebuiau supravegheaţi periodic, vizitele la domiciliu ale medicului sau măcar ale personalului mediu fiind obligatorii. Se urmărea astfel reducerea cazurilor de deces la domiciliu, precum şi cele de rahitism sau distrofie. Toate cazurile de deces la copiii sub un an erau discutate, atât la nivelul Direcţiei Judeţene, de către inspectorii şi comisia de specialitate, cât şi la nivelul ministerului, în cadrul analizelor tematice[3].

Serviciul de statistică sanitară de la nivelul spitalelor avea sarcina de a verifica în primul rând rigurozitatea cu care erau întocmite diferitele fişe şi registre medicale: registrul de naşteri, registrul întreruperilor de sarcină, decese materne, decese minori etc. Ulterior, toate datele erau centralizate la nivelul unităţii sanitare, care le trimitea către Centrul de Statistică Sanitară din cadrul DSJ. Aici erau întocmite studii mai elaborate care urmăreau evoluţia unui anumit indice demografic pe o perioadă mai îndelungată, pe baza acestor informaţii fiind realizate prognoze privind evoluţia anumitor aspecte. La nivelul Ministerului Sănătăţii toate aceste date erau prelucrate de Serviciul de Statisică Sanitară. Urmărirea evoluţiei indicilor demografici constituia principalul indicator pentru gradul de reuşită al politicii demografice şi constituia unul dintre punctele aproape obligatorii de pe ordinea de zi a şedinţelor Consiliului de Conducere al Ministerului Sănătăţii[4] (figura 3 din Anexe).

Masculin/Feminin

Măsurile întreprinse de reprezentanţii Ministerului Sănătăţii în direcţia punerii în aplicare a politicii demografice iniţiate de regimul Ceauşescu pot fi parţial explicate printr-o analiză a corpului medical care activa în ansamblul sistemului de sănătate şi mai ales la conducerea acestuia. În faţa surselor cu un conţinut de multe ori antagonic – enumerarea efectelor grave ale avortului ilicit urmată imediat de promisiuni solemne de întărire a disciplinei în rândul cadrelor medicale pentru limitarea acestora – apare întrebarea „de ce (şi) cei care erau investiţi prin încrederea publică (dar şi prin lege) să acţioneze pentru protejarea sănătăţii, au preferat să păstreze o poziţie de totală subordonare faţă de politic?". Dacă pentru alte sfere de activitate, incongruenţele, experimentele cu efecte negative asupra populaţiei au fost puse pe seama implementării unui model stalinist, identic sau foarte asemănător cu situaţiile prezente în celelalte ţări din blocul comunist,

1. *Ordin privind aprobarea principalelor obiective ale activităţii Ministerului Sănătăţii pe anul 1974*, AMS, fond Cabinet 1, dosar 3/1973, nenumerotat.
2. AMS, fond Cabinet 2, dosare 11/1987, 29/1988, nenumerotate.
3. AMS, fond Cabinet 1, dosar 11/1986, nenumerotat
4. AMS, fond Cabinet 1, dosar 12/1985, nenumerotat.

sau pe slaba sau inexistenta pregătire de specialitate a persoanelor care activau în respectivele domenii[1], politica demografică şi mai ales corpul medical în ansamblul său fac cu siguranţă excepţie de la această paradigmă.

Un posibil răspuns la această întrebare îl constituie implicarea foarte redusă a femeilor în procesul decizional la nivelul Ministerului Sănătăţii. Pentru toate spaţiile şi intervalele temporale în care întreruperea de sarcină şi contracepţia au fost scoase în afara legii, există o constantă definitorie : bărbaţii au controlat sfera decizională, femeile fiind absente în luarea unei astfel de decizii. În mod similar, orice liberalizare a avortului a venit în urma presiunilor exercitate de femei asupra şi în sfera politică[2].

România nu a constituit o excepţie de la modelul care a privilegiat intrarea femeilor în acele domenii care presupun atenţie şi grijă faţă de ceilalţi : asistenţă medicală, asistenţă socială, învăţământ. Dacă unele sectoare precum administraţia sau justiţia s-au feminizat după cel de-al Doilea Război Mondial, asistenţa medicală a reprezentat întotdeauna un teren specific feminin. În intervalul 1966-1989 a reprezentat domeniul de activitate cu cea mai mare pondere a femeilor, în medie 75%, dublu comparativ cu nivelul naţional al femeilor active, care a variat între 30 şi 40%. Aceste proporţii nu sunt însă deloc reprezentative dacă se ia în considerare importanţa funcţiilor deţinute de femei atât în plan orizontal, medici/personal medical secundar şi auxiliar, cât şi în plan vertical, în diferite funcţii de conducere şi mai ales în acele poziţii care conferă prerogative decizionale importante.

La începutul anilor ’50, procentele, ţinând cont de sex, pentru grupa cadrelor medicale cu studii superioare, erau de 63% masculin şi doar 37% feminin. Doar o treime din medici erau femei, diferenţă lesne de înţeles dacă luăm în calcul întârzierea cu care femeile au fost admise în ciclul superior de învăţământ, dar şi tradiţia prin care tinerele fete erau dirijate cu predilecţie către filiere umaniste, ştiinţele exacte fiind considerate prea puţin potrivite „specificului feminin”[3]. Prejudecăţile de acest tip au ajuns în timp să fie perfect asimilate în mentalul populaţiei feminine. În cadrul aceleiaşi profesii se constată o segregare a diferitelor specializări în masculine şi feminine. Studentele optau pentru specializări cu notorietate mai redusă, precum medicina generală, dermatologie sau pediatrie, în timp ce chirurgia, specializare care ar fi uşurat o eventuală ascensiune profesională, a rămas pentru multă vreme un sector specific masculin. Numărul femeilor medic a crescut în tot intervalul 1960-1989, însă nu s-a ajuns la o paritate a celor două sexe în cadrul profesiunii[4].

---

1. *Comisia prezidenţială pentru analiza dictaturii comuniste din România : Raport final*, editori Vladimir Tismăneanu, Dorin Dobrincu, Cristian Vasile, Editura Humanitas, Bucureşti 2007 ; Lavinia, Betea, *Alexandru Bârlădeanu despre Dej, Ceauşescu şi Iliescu. Convorbiri*, Evenimentul Românesc, Bucureşti, 1997 ; Lavinia Betea, Corneliu Mănescu, *Convorbiri neterminate : Corneliu Mănescu în dialog cu Lavinia Betea*, Polirom, Iaşi, 2001 ; Rodica Chelaru, *Culpe care nu se uită. Convorbiri cu Cornel Burtică*, Curtea Veche, Bucureşti 2001.
2. Vezi militantismul Aleksandrei Kollontai în Rusia sovietică, acţiunile derulate de Mouvement de libération des femmes şi grupările similare, în tot spaţiul occidental, la sfârşitul anilor ’60 şi de-a lungul anilor ’70.
3. Direcţia Generală de Statistică, *Anuarul statistic al R.P.R*, 1958, p. 59.
4. Direcţia Generală de Statistică, *Anuarul statistic al RPR/RSR*, 1960-1989.

În cazul personalului medical cu studii medii, femeile reprezentau un covârşitor 82% în 1958, proporţie care nu a suferit variaţii semnificative până în 1989[1]. La păstrarea acestei situaţii a contribuit înfiinţarea învăţământului liceal sanitar, în care peste 90% dintre cursanţi erau fete[2]. Feminizarea masivă nu a împiedicat însă o diviziune de gen a muncii. Femeile din sistem au continuat să ocupe poziţii clasice de „*care giver*": asistentă medicală, îngrijitoare, pe când bărbaţii cu studii medii aflaţi în sistemul sanitar erau plasaţi cu predilecţie în posturi ce presupuneau competenţe spefic „masculine", de obicei manevrarea, confecţionarea sau mentenanţa aparaturii medicale.

Pe lângă diferenţierea de gen a sarcinilor şi a aşteptărilor profesionale, au apărut şi inegalităţile ierarhice. Femeile, atunci când erau prezente în funcţii de conducere, ocupau poziţii cu importanţă decizională redusă, fiind foarte rare şi de cele mai multe ori absente din funcţiile de la nivelul cel mai ridicat. Este ceea ce studiile de gen numesc „plafonul de sticlă" (*le plafond de verre* în limba franceză sau *the glass ceiling* în limba engleză). Chiar dacă nu existau directive sau indicaţii precise în acest sens, femeile nu urcau în scara ierarhică decât până la anumite poziţii, de obicei în eşaloanele 2 şi 3. O astfel de situaţie nu ar fi trebuit să existe într-un stat care, prin două legi, cea din 1973[3] şi cea din 1975[4], hotărâse nu doar egalitatea în drepturi şi şanse a femeii cu bărbatul, ci o promovare intensivă a femeilor în toate domeniile de activitate şi mai ales accesul lor la funcţiile de conducere până la atingerea unei parităţi între cele două sexe.

Dacă la constituirea Consiliului Sanitar Superior, de exemplu, s-a urmărit atent respectarea parităţii în cadrul stabilirii componenţei acestuia, la nivelul conducerii Ministerului Sănătăţii legea din 1973 nu a fost respectată. Ascensiunea femeilor din sistemul medical, în tot intervalul 1966-1989, a fost permisă şi chiar încurajată în funcţii cu responsabilităţi locale sau teritoriale (conducerea diferitelor unităţi sanitare, a direcţiilor sanitare judeţene[5]). La nivelul conducerii Ministerului Sănătăţii, din totalul posturilor, 200 erau de execuţie şi 50 de conducere. Acestea din urmă erau ocupate în proporţie de 90% de bărbaţi. Chiar şi atunci când se regăseau la conducerea unei direcţii, responsabilităţile angajaţilor femei din MS priveau strict buna funcţionare a ministerului (direcţia financiară, direcţia secretariat), niciodată activitatea de coordonare a reţelei şi activităţii sanitare. În posturile de execuţie în schimb, ponderea femeilor se apropia de cea la nivelul întregului sistem sanitar, peste 60% din personalul angajat.

În intervalul 1966-1989, funcţia de ministru al Sănătăţii a fost ocupată pe rând de Aurel Moga, Dan Enăchescu, Theodor Burghele, Radu Păun, Eugen Porca şi Victor Ciobanu. Femeile nu au fost promovate în cea mai înaltă funcţie din minister, deşi prima femeie ministru din România, Florica Bagdasar, a ocupat tocmai portofoliul Sănătăţii, din decembrie 1946 până în 1948. Poziţiile de adjunct al ministrului şi secretar de stat în Ministerul Sănătăţii au reprezentat de asemenea bastioane masculine, cu trei importante

1. Direcţia Generală de Statistică, *Anuarul statistic al RPR*, 1958, p. 57.
2. Direcţia Generală de Statistică, *Anuarul statistic al RPR/RSR*, 1960-1989.
3. „Hotărârea Plenarei Comitetului Central al Partidului Comunist Român cu privire la creşterea rolului femeii în viaţa economică din 18-19 iunie 1973", publicată în *Buletinul Oficial al RSR*, nr. 96, din 4 iulie 1973.
4. Arhiva Ministerului Muncii (în continuare AMM), fond Cabinetul ministrului Muncii (în continuare Cabinet 1), dosar corespondenţă/1976, nenumerotat.
5. Pe plan naţional, în 1988, la conducerea direcţiilor sanitare judeţene se aflau în total 28 de femei.

excepţii : Olimpia Solomonescu, care a ocupat funcţia de secretar de stat în Ministerul Sănătăţii între 1976 şi 1979, poziţie preluată ulterior de Lidia Orădean până în 1985, şi Viorica Ciobănete, adjunct al ministrului, principalul responsabil la nivelul ministerului cu implementarea politicii demografice între 1985 şi 1989. Prezenţe mai numeroase se înregistrau în rândul funcţiilor de director adjunct de direcţie[1].

Consiliul de Conducere al ministerului, deşi era alcătuit conform principiului conducerii colective prin care se impunea prezenţa unor membri din afara Ministerului Sănătăţii, reprezentanţi ai angajaţilor din sistemul sanitar, membrii diferitelor organizaţii sindicale şi de masă, nu oferea mai multă egalitate de şansă femeilor. Din 38 de membri, în funcţie de perioadă, media femeilor prezente nu depăşea cifra de 10-12. Dintre acestea doar o treime erau medici, de obicei directori în direcţiile sanitare judeţene. Restul proveneau fie din rândul personalului medical secundar şi auxiliar, fie din rândul „oamenilor muncii", profesia de bază fiind cea de muncitoare. Singura prezenţă feminină garantată în rândul *Consiliului de Conducere* al ministerului era preşedinta sau vicepreşedinta Consiliului Naţional al Femeilor. Funcţiile inferioare ocupate în organizaţia de provenienţă le puteau permite accesul în *consiliu*, dar le împiedicau să acceadă în cadrul *Comitetului Executiv*, deci într-o poziţie care ar fi conferit anumite prerogative decizionale. Excepţia a constituit-o sfârşitul anilor '80, când în Comitetul Executiv al ministerului au fost cooptate şi femei : Viorica Ciobănete, ca adjunct al ministrului, Aneta Ciocan, ca preşedintă a Comitetului Uniunii Sindicatelor din Unităţile Sanitare, Elisabeta Joiţa, director adjunct al direcţiei famaceutice şi a aparaturii medicale, precum şi Eugenia Erhan, director adjunct al Direcţiei Plan Finanţe[2].

În comisiile de specialişti ale ministerului, organizate pentru 21 de specializări diferite, femeile medic se regăseau cu precădere în cadrul specializărilor medicale mai apropiate imaginii „femeii mamă", şi anume în cadrul Comisiei pentru Ocrotirea Mamei, Copilului şi Tineretului, 5 femei medic dintr-un total de 27 de membri, precum şi în Comisia pentru Afecţiuni Neuropsihomotorii la Copii, tot 5 prezenţe, însă la un total de 17 membri. În restul comisiilor, prezenţele feminine reprezentau doar excepţii sporadice[3].

Militantism. Carieră. Traiectorii de excepţie

Conform planurilor de activitate de la nivelul Ministerului Sănătăţii, persoanele care coordonau şi urmăreau punerea în practică la nivel naţional a măsurilor de politică demografică erau în ordine ierahică următoarele : ministrul Sănătăţii, adjuncţii ministrului, precum şi secretarul de stat, directorul Direcţiei Coordonare Control, Personal şi Învăţământ, precum şi adjunctul Direcţiei Asistenţei Medicale. La nivelul *Biroului Executiv* al

1. AMS, fond Cabinet 1, dosare 9/1977, 25/1980, 32/1981, 30/1988, nenumerotate ; Arhivele Naţionale ale României (în continuare ANIC), fond CC al PCR, secţia Cadre, dosare 890, 357.
2. AMS, fond Cabinet 1, dosar 32/1981, fond Cabinet 2, dosare 11/1987, 29/1988, nenumerotate.
3. Ordinul nr. 233 din 16 iunie 1980 privind constituirea şi componenţa comisiilor de specialişti ale Ministerului Sănătăţii, precum şi aprobarea normelor de funcţionare ale acestor comisii. AMS, fond Ordine MS, dosar 3/1980, ff. 3-4.

ministerului exista Comisia pentru Probleme Demografice şi Ocrotirea Mamei şi Copilului, în alcătuirea căreia intrau ministrul Sănătăţii şi cei doi adjuncţi[1].

În evaluarea persoanelor care au ocupat poziţiile menţionate am urmărit două criterii principale : gradul de profesionalism (studii, specializări, texte ştiinţifice publicate, nivelul de recunoaştere ştiinţifică pe plan naţional şi internaţional) şi implicarea politică, posibilă explicaţie a promovării în plan profesional.

Din prisma gradului de profesionalism, se disting foarte precis două mari categorii : cadrele medicale cu pregătire solidă, recunoscute pentru aportul la cercetarea şi dezvoltarea medicală. Din acest prim grup fac parte medicii care au deţinut portofoliul Sănătăţii. Absolvenţi ai Facultăţii de Medicină în perioada interbelică sau imediat după cel de-al Doilea Război Mondial, deţinători ai unui titlu de doctor în ştiinţe medicale : Aurel Moga, Theodor Burghele, Radu Păun, Eugen Proca ori Victor Ciobanu au avut toţi un parcurs asemănător. Cooptaţi după terminarea studiilor medicale în cadrul institutelor de profil ca preparatori sau asistenţi, au urcat atât în ierarhia universitară, cât şi în cea profesioanală, ajungând pe rând rectori ai Institutului de Medicină şi Farmacie din Bucureşti, dar şi membri ai Academiei Române, unde Theodor Burghele a fost şi preşedinte, membri în academii medicale internaţionale de prestigiu precum cea franceză sau experţi ai Organizaţiei Mondiale a Sănătăţii. Ca specializare de bază, doar Aurel Moga era chirurg, Theodor Burghele şi Eugen Proca fiind specializaţi în urologie, domeniu la dezvoltarea căruia au şi contribuit, Dan Enăchescu în pediatrie, Radu Păun medic internist, iar Victor Ciobanu medic generalist.

Intrarea în partid s-a adăugat unei evoluţii ascendente existente deja în cariera acestor personaje, neavând o influenţă definitorie asupra parcursului ştiinţific ; titlurile academice şi lucrările de specialitate erau anterioare obţinerii carnetului de partid. Angajamentul politic a fost însă decisiv pentru nominalizarea în diferite funcţii de conducere, atât în cadrul sistemului medical (conducători de unităţi sanitare sau ai instutuţiilor de învăţământ medical superior), cât şi în structurile de partid şi de stat (Comitetul Central al Partidului Comunist Român şi Marea Adunare Naţională)[2]. Pentru membrii acestui grup, competenţa şi profesionalismul pot fi mai greu puse la îndoială. Implicarea însă în diferitele structuri, mai ales cele de partid, ridică semne de întrebare în privinţa comportamentului acestor medici, odată ajunşi la conducerea Ministerului Sănătăţii. Să fie tocmai această alăturare a ştiinţei cu politica principalul motiv al aprobării tacite dată de Ministerul Sănătăţii politicii demografice iniţiate de regimul Ceauşescu ? Credem că răspunsul este mai degrabă unul pozitiv.

Cea de-a doua principală categorie o reprezintă medicii care au ajuns să ocupe poziţii importante în cadrul Ministerului Sănătăţii fără ca parcursul lor profesional, vorbind strict de domeniul medical, să justifice respectiva ascensiune. În această categorie intră în mod special deţinătorii portofoliilor de adjunct al ministrului sau secretar de stat, cu referire punctuală la persoanele care au răspuns în diferire perioade de buna desfăşurare a politicii demografice : Olimpia Solomonescu, Lidia Orădean, Aneta Ciocan şi Viorica Ciobănete.

1. AMS, fond Cabinet 2, dosare 11/1987, 29/1988, nenumerotate.
2. Vezi Florica Dobre (coord.), Liviu Marius Bejenaru, Clara Cosmineanu-Mareş, Monica Grigore, Alina Ilinca, Oana Ionel, Nicoleta Ionescu-Gură, Elisabeta Neagoe-Pleşa, Liviu Pleşa, *Membrii CC al PCR 1945-1989. Dicţionar*, cu un studiu introductiv de Nicoleta Ionescu-Gură, Editura Enciclopedică, Bucureşti, 2004.

Absolvente ale Institutului de Medicină şi Farmacie, secţia pediatrie, ele devin membre ale Partidului Comunist la scurt timp după terminarea studiilor, remarcându-se anterior acestui moment prin acţiuni în cadrul organizaţiilor de masă ale tineretului comunist. Nu s-au făcut cunoscute prin activitatea ştiinţifică ori studii postuniversitare în specializarea practicată. Momentul decisiv în cariera lor a fost obţinerea statutului de membru de partid, episod dublat de un activism puternic în cadrul diferitelor organizaţii de masă. De la simpli medici în unităţi sanitare din mediul rural sau mici oraşe de provincie au fost promovate în funcţii la nivelul spitalelor municipale sau al Direcţiei Sanitare Judeţene. Toate au ocupat poziţia de director al direcţiei sanitare din judeţul în care activau. Această poziţie le-a facilitat nominalizarea în Consiliul Sanitar Superior, Comisia Naţională de Demografie, Societatea de Cruce Roşie, unde au ajuns pe rând în scaunul de vicepreşedinte, iar apoi în cel de preşedinte[1].

Implicarea politică a fost mult mai vizibilă în cadrul acestui grup. Dacă medicii care au ocupat portofoliul Ministerului Sănătăţii au fost nominalizaţi doar în structurile naţionale de partid şi de stat, nominalizare ce a venit ulterior atingerii unui vârf în domeniul medicinii, ocupantele funcţiilor de adjunct al ministrului sau secretar de stat au parcurs un adevărat *cursus honorum* al funcţiilor în administraţia locală, precum şi în organele locale de partid (secretar al organizaţiei de partid a unităţii sanitare în care activau, membru în Comitetul Judeţean de Partid, membru în consiliile populare la nivel de comună, apoi judeţ). La nivel naţional, au făcut parte din Comitetul Central al Partidului Comunist Român şi din Marea Adunare Naţională. Implicarea în organizaţiile sindicale şi de masă a început tot la nivel local, trei fiind direcţiile predilecte de activitate : Societatea de Cruce Roşie, Consiliul Naţional al Femeilor şi Uniunea Generală a Sindicatelor din România, la conducerea cărora au ajuns paralel cu promovarea în cadrul Ministerului Sănătăţii : Viorica Ciobănete – preşedinte al Consiliului Naţional al Societăţii de Cruce Roşie, Aneta Ciocan – preşedinte al Uniunii Sindicatelor din Unităţile Sanitare, membru în Comitetul Executiv al Consiliului Naţional al Uniunii Generale a Sindicatelor din România, secretar al Consiliului Naţional al Femeilor ; Olimpia Solomonescu – vicepreşedinte al Consiliului Naţional al Femeilor[2].

Pentru grupul femeilor prezente în funcţii de conducere la nivelul Ministerului Sănătăţii putem vorbi despre un tip de parcurs de excepţie. Pe lângă cumulul de funcţii şi poziţii-cheie – un adevărat studiu de caz pentru interelaţionarea între structurile de stat şi cele de partid –, ele se diferenţiază şi printr-o elasticitate profesională remarcabilă, nu puţine fiind exemplele în care aria de competenţă le-a fost extinsă în mod artificial la domenii precum politica externă, relaţii comerciale sau educaţie : Olimpia Solomonescu – ambasador extraordinar şi plenipotenţiar în Senegal, adjunct al ministrului Afacerilor Externe ; Viorica Ciobănete – membru al Comitetului de Conducere al Grupului Român din Uniunea Interparlamentară ; Ciocan Aneta – membru al Comisiei pentru Politică Externă şi Cooperare Economică Internaţională a Marii Adunări Naţionale ; Lidia Orădean – membru în Consiliul Superior al Educaţiei şi Învăţământului[3].

1. *Ibidem* ; ANIC, fond CC al PCR, secţia Cadre, dosare C/890, C/891, S/357.
2. Florica Dobre (coord.), *op.cit.*, pp. 155, 156, 443, 537.
3. *Ibidem* ; ANIC, fond CC al PCR, secţia Cadre, dosare C/890, C/891, S/357.

Consultarea documentelor care vorbesc despre structurile medicale şi responsabilităţile acestora pivind implementarea politicii demografice pentru intervalul 1966-1989 duce către o singură concluzie generală, şi anume totala subordonare a MS, atitudine care s-a tradus prin abateri tot mai grave de la etica medicală, toate pentru realizarea hotărârilor „de partid şi de stat".

Luciana M. Jinga

Capitolul 2

Inspecţii în teritoriu

Parte a proiectului de creştere demografică susţinut de statul comunist român erau şi inspecţiile periodice organizate la nivel naţional de către autorităţile medicale[1] cu susţinerea autorităţilor locale. Prin scopurile urmărite şi perseverenţa demersului, aceste campanii veneau să sublinieze controlul exercitat de către autorităţile comuniste asupra populaţiei şi o întărire a ideii conform căreia interesele individului se subordonează intereselor statului. Pentru o detaliere a subiectului vom urmări aspecte relevante din perspectiva cercetării de faţă : felul în care aceste controale erau organizate şi conduse, principalele obiective vizate, cine se califica drept „beneficiar", consecinţele pe termen scurt şi lung, cine şi dacă era făcut răspunzător pentru eventualele nereguli constatate.

Organismele responsabile cu pregătirea şi efectuarea acţiunilor de îndrumare şi control

În baza regulamentului de funcţionare a Ministerului Sănătăţii[2], în capitolul al II-lea, la articolul 4, se precizează că printre atribuţiile ministerului se află şi „*organizarea de acţiuni de îndrumare şi control complex prin echipe de specialişti, a activităţilor sanitare din teritoriu*"[3]. De îndeplinirea acestei sarcini răspundea Comitetul Executiv al Consiliului de Conducere al ministerului care, odată încheiate controalele, era responsabil şi cu transmiterea rapoartelor constatatoare către toate organele implicate în remedierea neajunsurilor constatate. Aceste acţiuni de îndrumare şi control se circumscriu obligaţiei mai generale a Ministerului Sănătăţii de a analiza modul de desfăşurare a activităţii de asistenţă medicală în problemele considerate priorităţi de statul comunist român, mai precis : natalitatea, evoluţia mortalităţii infantile şi materne, situaţia bolilor profesionale, asistenţa medicală la locul de muncă, în colectivităţi de copii şi tineret, calitatea şi volumul prestaţiilor medicale, costurile diferitelor acte medicale. Diferitele tematici de

1. Ministerul Sănătăţii prin direcţiile aflate în structura sa, în special Direcţia Asistenţei Medicale, Inspectoratul Sanitar Central de Stat, Serviciul Ocrotirii Mamei, Copilului şi Tineretului, direcţiile sanitare aflate la nivelul fiecărui judeţ.
2. Ordinul nr. 568 din 27 octombrie 1973 pentru aprobarea Regulamentului privind organizarea şi funcţionarea Ministerului Sănătăţii, AMS, fond Ordine MS, dosar 8/1973.
3. *Ibidem*, f. 40.

control urmau fidel aceste direcţii preferenţiale de acţiune. La nivelul conducerii ministerului, de organizarea acestor acţiuni de control răspundeau însuşi ministrul ajutat de adjunctul său şi secretarul general. La nivelul structurilor ministerului, însărcinată cu organizarea şi coordonarea acţiunilor de control era Direcţia Asistenţei Medicale. Responsabilitatea decurgea din faptul că departamentul menţionat răspundea de îndrumarea şi controlul activităţilor sanitare, calitatea îngrijirilor medicale acordate, dar şi de respectarea regulilor de etică profesională, studierea dinamicii stării de sănătate a populaţiei, elaborarea de programe pe termen lung pentru principalele probleme de ocrotire a sănătăţii şi, după aprobare, de controlul gradului de aplicare a acestora. Direcţia Asistenţei Medicale colabora îndeaproape cu Inspectoratul Sanitar Central de Stat şi Serviciul Ocrotirii Mamei, Copilului şi Tineretului. În stabilirea planificărilor şi a tematicilor de control, departamentele din Ministerul Sănătăţii primeau ajutorul Biroului de Conducere al Consiliului Sanitar Superior. În unele acţiuni de control, Ministerul Sănătăţii primea sprijinul Ministerului de Interne. Acţiunile în care erau implicaţi angajaţii Ministerului de Interne vizau în special acte de corupţie şi cazuri de furt (condiţionarea actului medical de primirea unei sume de bani, comercializarea de certificate medicale cu diagnostice false, comercializarea de medicamente în afara sistemului farmaceutic).

Pentru intervalul 1966-1989, controalele efectuate de Ministerul Sănătăţii au vizat o tematică largă : asigurarea şi desfăşurarea activităţii curativo-profilactice, asigurarea asistenţei medicale de urgenţă, evoluţia principalilor indicatori demografici, asistenţa medicală a mamei, copilului şi tineretului, asigurarea asistenţei medicale a muncitorilor, respectarea normelor sanitaro-epidemice, modul în care se desfăşura activitatea de conducere a unităţilor sanitare din judeţ/municipiu/sector. Acţiunile de control vizând un spectru general de probleme erau planificate anual pentru toate judeţele ţării. Accentul pus de regimul comunist pe importanţa creşterii demografice odată cu apariţia decretului 770/1966 a condus şi la elaborarea unor tematici de control tot mai punctuale ce vizau exclusiv sectorul de obstetrică-ginecologie. Această specializare şi-a atins cotele maxime spre sfârşitul anilor ’80, când au fost organizate controale având ca unică tematică fie natalitatea, fie mortalitatea generală sau doar cea infantilă sau întreruperile de sarcină[1].

Motivele demarării acţiunii de îndrumare şi control, prioritate, ritmicitate

Planificarea acţiunilor de îndrumare şi control se realiza în urma studierii indicilor demografici şi a numărului de avorturi înregistrate la nivelul fiecărui judeţ. Prioritatea controlului o deţineau întotdeauna primele 10-15 judeţe ce prezentau cele mai scăzute valori ale sporului natural. Judeţele Arad, Timiş, Caraş-Severin ori Giurgiu s-au aflat permanent pe lista de priorităţi a Ministerului Sănătăţii în vederea depistării şi înlăturării factorilor ce determinau un spor natural nu doar sub media ţării, ci chiar negativ, realitate ce contravenea flagrant liniei trasate în vederea creşterii demografice a României comuniste[2].

1. AMS, Cabinet 4, dosare 22/1986, 15/1987, nenumerotate.
2. În anul 1984, judeţele prioritare în a fi controlate de către echipe ale Ministerului Sănătăţii în sectorul obstetrică-ginecologie erau : Arad (-5,0), Timiş (-1,6), Caraş-Severin (-0,5), Giurgiu (0,1), Teleorman (-0,05), Mehedinţi (0,8), Brăila (2,9), Călăraşi (3,1), Ialomiţa (4,4), Cluj(2,8). AMS, fond DAM-OMCT, dosar 4/1978, nenumerotat.

Planificările inspecţiilor puteau fi semestriale sau chiar trimestriale. Nu puţine erau însă controalele realizate la intervale mai scurte de 60 de zile, în judeţele care nu se reuşea îmbunătăţirea indicilor demografici şi în special pe cei privind natalitatea, mortalitatea generală şi mortalitatea infantilă. Un exemplu în acest sens este judeţul Giurgiu, care în perioada 1986-1987 prezenta cel mai mare indice al mortalităţii generale pe plan naţional, ocupa penultimul loc la mortalitate infantilă, iar natalitatea se afla cu 2 puncte procentuale sub media naţională. Autorităţile din Ministerul Sănătăţii au reacţionat în consecinţă, organizând în intervalul amintit patru campanii de control la nivelul unităţilor sanitare din judeţ. Rezultatele îndoielnice ale acestor campanii au dus la restrângerea intervalului între două astfel de controale de la 6 luni la 30 de zile lucrătoare (1 februarie 1987 – 2-7 martie 1987)[1].

Echipele de control

Echipele de control erau formate din reprezentanţi ai instituţiilor implicate în organizarea şi efectuarea controalelor. Din analiza notelor de control se constată un anumit algoritm în organizarea echipelor de control în funcţie de complexitatea tematicii de control şi de numărul de unităţi sanitare ce urmau a fi controlate în cadrul campaniei. Din acest punct de vedere, cele mai importante acţiuni de control şi îndrumare erau cele la *nivel judeţean* vizând toate sectoarele asistenţei medicale acordate populaţiei. Pentru această situaţie, normele prevedeau ca fiecare echipă să fie coordonată de către un reprezentat al Ministerului Sănătăţii. În funcţie de tematica predominantă a controlului (asistenţa medicală generală, obstetrică-ginecologie, natalitate, mortalitate), Ministerul Sănătăţii trimitea în teritoriu fie pe adjunctul ministrului[2], fie pe directorul Direcţiei Asistenţă Medicală[3] sau pe adjunctul acestuia[4]. Echipa era completată cu inspectori din Direcţia Asistenţei Medicale, profesori din cadrul Institutului de Medicină şi Farmacie, medici ce activau în cadrul Institutului pentru Ocrotirea Mamei şi Copilului[5], inspectori ai Institutului

1. *Notă de control efectuat de Ministerul Sănătăţii în judeţul Giurgiu*, AMS, fond DAM-OMCT, dosar 5/1987, nenumerotat.
2. În anii ’80, adjunctul ministrului Sănătăţii a fost Viorica Ciobănete ; AMS, fond DAM-OMCT, dosare 5/1987, 10/1988, nenumerotate, notă de control efectuat de Ministerul Sănătăţii în judeţul Dâmboviţa.
3. *Raport de analiză*, AMS, fond DAM-OMCT, dosar 17/1984.
4. La aceste acţiuni s-a remarcat activitatea lui Sebastian Nicolau. AMS, fond DAM-OMCT, dosar 10/1988, nenumerotat.
5. Institutul pentru Ocrotirea Mamei şi Copilului, organ tehnic al Ministerului Sănătăţii, a fost înfiinţat în 1953. În cursul existenţei sale a cunoscut o reorganizare în 1969, după adoptarea decretului 770/1966, şi o reevaluare a obiectului de activitate consecutiv adoptării legii 3/1978 privind asigurarea sănătăţii populaţiei. În structura IOMC intrau trei secţii exterioare : Secţia de Fiziologie a Copilului Sănătos, cu o capacitate de 50 de paturi, care funcţiona în cadrul Leagănului de copii nr. 1 din Bucureşti, Secţia de Obstetrică-Ginecologie (60 de paturi) şi Secţia de Nou-născuţi (60 de paturi), găzduite de Maternitatea Polizu, trei laboratoare (radiologie, analize medicale, anatomie patologică cu prosectură) precum şi două colective de cercetare în probleme de obstetrică-ginecologie şi pediatrie. Responsabilităţile IOMC pot fi repartizate pe şase paliere principale : acţiuni îndreptate către tineri în vederea formării unui comportament demografic pozitiv ; elaborarea şi acordarea de sprijin în vederea elaborării de norme pentru combaterea sterilităţii şi infertilităţii ; supravegherea medicală a femeilor gravide prin elaborarea

de Igienă Bucureşti, medici cu diferite specializări, şefi de clinici în spitalele de care aparţineau[1]. Erau preferaţi medicii care activau la nivelul oraşului Bucureşti în spitale precum Fundeni, Floreasca, Colţea, maternitatea Filantropia[2]. Existau însă şi situaţii în care responsabilitatea efectuării acestor controale era trecută Institutelor de Medicină şi Farmacie aflate în alte centre universitare decât municipiul Bucureşti. În astfel de cazuri, echipa de control era condusă de un cadru didactic, conferenţiar sau profesor universitar, însoţit de directori ai diferitelor spitale aflate în respectivul centru universitar[3].

Numărul de membri într-o comisie de control a Ministerului Sănătăţii, în funcţie de complexitatea şi amploarea actului de control, putea varia de la cel puţin doi membri la 15 specialişti trimişi de minister. Dacă acţiunea de control viza doar o problemă punctuală precum natalitatea ori mortalitatea infantilă, echipa de control era alcătuită din 2-3 membri, un reprezentant al ministerului din cadrul Direcţiei Asistenţei Medicale, un medic obstetrician şi un medic pediatru aleşi dintre cei care activau în cadrul Direcţiei Asistenţei Medicale sau a Institutului pentru Ocrotirea Mamei şi Copilului. Obligatorie era şi prezenţa medicilor care activau în clinici universitare de pediatrie şi obstetrică-ginecologie din municipiul Bucureşti[4]. Cea mai mare parte a controalelor privind analiza indicatorilor demografici, realizate în decursul anilor ’80, au fost conduse de adjunctul ministrului Sănătăţii. În cazul controalelor de o amploare mai mică : verificări incognito ale unei unităţi sanitare, controlul diferitelor instituţii şi întreprinderi, echipa era mai redusă numeric, cuprinzând între unu şi patru membri[5].

Responsabilitatea efectuării verificărilor în teritoriu revenea în măsură egală şi diferitelor organisme aflate la nivel local. Acest fapt era o consecinţă a Legii nr. 3/1978,

---

de materiale metodologice, îndrumare tehnico-metodologică de specialitate ; IOMC era obligat să răspundă solicitării venite din partea Ministerului Sănătăţii de a-şi trimite reprezentanţi în cadrul echipelor de control complex. Exista însă şi un plan propriu al deplasărilor în teritoriu în cadrul acţiunilor de îndrumare metodologică în judeţele care prezentau indici demografici sub media naţională ; IOMC răspundea şi de supravegherea nou-născutului, sugarului şi copilului, organizarea şi supravegherea regimului de viaţă al copilului din creşe, leagăne şi alte colectivităţi. În mod special, asigura îndrumarea metodologică directă a cinci judeţe (Ialomiţa, Argeş, Prahova, Dâmboviţa şi Braşov), restul teritoriului fiind arondat tuturor clinicilor de pediatrie din ţară care aveau obligaţia să organizeze deplasări periodice pentru îndrumare şi control în judeţele de care răspundeau. Asistenţă medicală de înaltă tehnicitate era acordată cazurilor care se încadrau în planul tematic de cercetare ştiinţifică, precum şi bolnavilor ce prezentau dificultăţi în diagnostic şi tratament. Pregătirea şi perfecţionarea cadrelor medico-sanitare. Cercetarea ştiinţifică medicală după planul prioritar al Ministerului Sănătăţii. *Atribuţiile IOMC în lumina documentelor recente de partid şi de stat*, AMS, fond DAM-OMCT, dosar 2/1978, nenumerotat.

1. *Notă de îndrumare şi control judeţul Arad*, AMS, fond DAM-OMCT, dosar 2/1986, nenumerotat.
2. AMS, fond DAM-OMCT, dosar 3/1987, nenumerotat.
3. Printre cei implicaţi în acţiuni de control se numărau prof. dr. P. Sârbu – IMF Bucureşti ; prof. dr. Aurel Chişu – IMF Timişoara ; prof. dr. Coloman Boga – IMF Cluj-Napoca ; dr. Ion Buzdugan – Institutul de Igienă Iaşi ; prof. dr. Şerban Creţu – Facultatea de Medicină a Universităţii din Craiova. *Notă de control efectuat de Ministerul Sănătăţii în judeţul Suceava*, AMS, fond DAM-OMCT, dosar 20/1987, nenumerotat.
4. AMS, fond DAM-OMCT, dosar 15/1984, nenumerotat.
5. *Notă de control efectuat la spitalul clinic „Dr. Gh. Marinescu”*, AMS, fond Cabinet 2, dosar 18/1988, nenumerotat.

prin care era statuat principiul descentralizării în privinţa finanţării şi controlului unităţilor sanitare la nivel local[1]. La nivel judeţean principala instituţie responsabilă cu

1. În articolul 9 al Legii nr. 3/1978 se preciza : *Înfăptuirea politicii partidului şi statului în domeniul sanitar, aplicarea unitară a măsurilor privind asigurarea sănătăţii, organizarea, îndrumarea şi controlul acestei activităţi se realizează de Consiliul Sanitar Superior şi Ministerul Sănătăţii pe întreg teritoriul ţării, precum şi de consiliile populare din unităţile administrativ-teritoriale în care funcţionează. În comune, oraşe şi municipii, răspunderea nemijlocită pentru aducerea la îndeplinire a tuturor măsurilor privind asistenţa medicală a populaţiei şi a colectivităţilor revine unităţilor sanitare teritoriale. Unităţile şi personalul sanitar, organele de conducere sanitară au obligaţia să raporteze periodic, potrivit legii, organelor de conducere colectivă ale unităţilor socialiste, consiliilor populare comunale, orăşeneşti, municipale şi judeţene, altor organe de stat centrale şi locale, asupra activităţii desfăşurate, a evoluţiei stării de sănătate şi a măsurilor care se impun pentru continuarea îmbunătăţirii acesteia.* Art. 10 : *Unităţile socialiste răspund de aplicarea întocmai a măsurilor de asigurare a sănătăţii, de îndeplinirea sarcinilor ce le revin pentru protecţia muncii, a condiţiilor privind igiena individuală şi colectivă, protecţia sanitară a aerului, solului şi alimentelor.* Art. 11 : *Consiliile populare răspund în unităţile administrativ-teritoriale în care funcţionează de aducerea la îndeplinire a sarcinilor de asigurare a sănătăţii, de realizarea condiţiilor de igienă şi salubritate publică, de dezvoltarea şi modernizarea unităţilor sanitare din subordine, de utilizarea eficientă a bazei tehnico-materiale a personalului medical.* Art. 16 : *Unităţile sanitare ca organ de execuţie răspund faţă de consiliile populare şi organele de conducere sanitară de realizarea întregului complex de măsuri, stabilit potrivit legii, pentru asigurarea sănătăţii populaţiei din raza lor de activitate. Unităţile sanitare din întreprinderi şi instituţii de învăţământ răspund de îndeplinirea atribuţiilor ce le revin în faţa organelor de conducere colectivă ale acestora. Fondurile necesare pentru funcţionarea unităţilor sanitare, inclusiv cele pentru retribuirea personalului sanitar, se prevăd în bugetele consiliilor populare comunale, orăşeneşti, municipale, judeţene şi al municipiului Bucureşti. Unităţile sanitare organizate pe lângă întreprinderi beneficiază şi de mijloace materiale asigurate, potrivit legii, din fondurile pentru acţiuni sociale ale acestora. De asemenea, întreprinderile sunt obligate să asigure spaţiul şi celelalte mijloace necesare pentru întreţinerea şi buna funcţionare a unităţilor sanitare respective.* Art. 42 : *Organele prin care se exercită conducerea colectivă a unităţilor sanitare sunt adunarea generală a oamenilor muncii, consiliul oamenilor muncii şi biroul executiv al acestuia, care se organizează şi funcţionează, potrivit prevederilor legale, în unităţile cu personalitate juridică. Colectivul oamenilor muncii al fiecărei unităţi sanitare poartă răspunderea pentru rezultatele obţinute în apărarea şi promovarea sănătăţii, întărirea capacităţii de muncă a populaţiei, precum şi pentru buna gospodărire a mijloacelor materiale încredinţate.* Art. 43 : *Conducerea unităţilor sanitare se asigură pe baza principiului conducerii colective, prin participarea nemijlocită a personalului muncitor la dezbaterea şi soluţionarea problemelor sanitare, sociale şi economice, la elaborarea sănătăţii populaţiei, precum şi pentru îmbunătăţirea condiţiilor de muncă şi de viaţă a întregului colectiv.* Art. 45 : *Consiliul Oamenilor Muncii din unităţile sanitare este alcătuit din director, secretarul organizaţiei Partidului Comunist Român, directori adjuncţi, preşedintele comitetului sindicatului, secretarul organizaţiei Uniunii Tineretului Comunist, contabilul-şef, şefii unor compartimente de muncă, medici, farmacişti şi alţi reprezentanţi ai oamenilor muncii din unitatea sanitară. De asemenea, din Consiliul Oamenilor Muncii fac parte reprezentanţi ai personalului muncitor din întreprinderile de pe teritoriul în care unitatea sanitară îşi desfăşura activitatea, desemnaţi de organele de conducere colectivă ale unităţilor împreună cu organizaţiile de sindicat, femei şi de tineret, precum şi cetăţeni desemnaţi în adunările cetăţenilor.* Art. 46 : *Preşedintele Consiliului Oamenilor Muncii din unităţile sanitare este secretarul organizaţiei Partidului Comunist Român.* Art. 47 : *Consiliul Oamenilor Muncii are, în principal, următoarele atribuţii : a) analizează periodic calitatea asistenţei medicale acordate populaţiei de unitatea sanitară şi stabileşte măsurile necesare pentru*

verificarea şi coordonarea activităţii medicale era Direcţia Sanitară Judeţeană care se afla într-o dublă subordonare: faţă de autorităţile locale, din punct de vedere administrativ, şi faţă de Ministerului Sănătăţii, din punctul de vedere strict al activităţii sanitare. În subordinea Direcţiei Sanitare Judeţene se aflau celelalte unităţi sanitare din judeţ: spitale, dispensare policlinice şi teritoriale. În toate acţiunile de îndrumare şi control, reprezentanţii Ministerului Sănătăţii erau însoţiţi de reprezentanţi ai Direcţiei Sanitare Judeţene, dar şi de cei ai principalelor unităţi sanitare controlate. Procesul verbal constatator purta semnăturile tuturor membrilor echipei de control.

Tipuri de control

Acţiunile de îndrumare şi control erau realizate pe baza unei tematici specifice care varia în funcţie de evoluţia indicilor demografici la nivelul fiecărui judeţ. Pentru acele cazuri care se încadrau în media ţării, erau prevăzute acţiuni menite a verifica modul general de acordare a asistenţei medicale. Situaţiile speciale (număr mare de avorturi, mortalitate infantilă peste media ţării, mortalitate maternă peste media ţării, natalitate scăzută) antrenau controale cu tematică foarte precisă care cuprindeau fie majoritatea unităţilor sanitare la nivel judeţean, fie doar acele instituţii care prezentaseră raportări defavorabile.

Acţiunile de îndrumare şi control la nivel judeţean în direcţia creşterii natalităţii şi a celorlalţi indici demografici

Acţiunile de îndrumare şi control la nivel judeţean vizau în mod special judeţele ce prezentau spor natural negativ, însă erau extinse şi la alte judeţene cu indicatori demografici necorespunzători[1]. Direcţiile care trebuiau urmate în cadrul fiecărei acţiuni de control erau foarte clar descrise în tematicile specifice elaborate de Consiliul Sanitar Superior în

continua îmbunătăţire a acesteia; b) analizează eficienţa activităţii unităţii şi propune spre aprobare organelor ierarhic superioare; c) stabileşte măsuri pentru îmbunătăţirea organizării muncii şi utilizarea cât mai eficientă a personalului, asigură respectarea ordinii şi disciplinei în unitate, cunoaşterea şi respectarea legilor, a normelor de etică profesională, ia măsuri pentru prevenirea încălcării acestora şi sancţionarea celor vinovaţi de săvârşirea unor abateri; d) stabileşte regulamentul de organizare şi funcţionare a unităţii; e) analizează periodic şi răspunde de modul cum sunt folosite, întreţinute şi reparate fondurile fixe din dotare şi cum sunt gestionate bunurile materiale şi mijloacele financiare, ia măsuri pentru utilizarea raţională a acestora; f) analizează periodic, împreună cu comitetul sindicatului, condiţiile de muncă şi de viaţă ale personalului din unitate, precum şi aplicarea măsurilor de protecţie a muncii; g) organizează periodic întâlniri cu reprezentanţii cetăţenilor şi ai organizaţiilor socialiste din teritoriu şi ia măsuri, pe baza propunerilor făcute, pentru continua îmbunătăţire a activităţii unităţii; h) analizează propunerile făcute în adunările generale şi asigură aplicarea celor care se dovedesc eficiente. Legea nr. 3 din 6 iulie 1978, publicată în *Buletinul Oficial*, nr. 54, din 10 iulie 1978.

1. Judeţele Vaslui şi Botoşani, cu o natalitate între 19 şi 21‰, erau supuse periodic acestui tip de control. Cauza principală erau indicii foarte mari ai mortalităţii generale şi mai ales generale, precum şi raportul defavorabil între numărul întreruperilor de sarcină şi naşteri.

colaborare cu reprezentanţii Ministerului Sănătăţii. Tematica era construită în jurul a patru puncte principale :

1. Stadiul de îndeplinire a sarcinilor prevăzute în programul Ministerului Sănătăţii.
2. Evoluţia indicatorilor demografici : atât la nivel de judeţ, cât şi în fiecare dintre teritoriile care îl alcătuiau, se realiza o comparaţie cu perioada imediat anterioară şi cu perioada similară din anul precedent şi media pe ţară a indicatorului respectiv[1].
3. Analiza calităţii asistenţei medicale acordate femeii, în special a gravidei în diferitele instituţii sanitare : dispensare medicale teritoriale şi de întreprindere, dispensare policlinice, spitale teritoriale, maternităţi. Majoritatea aspectelor verificate se circumscriu efortului de creştere a natalităţii prin depistarea eventualelor sarcini şi luarea acestora în evidenţă. Scopul declarat era diminuarea numărului de avorturi[2]. Cuvântul de ordine în întocmirea tematicilor era controlul : examinările periodice ale femeilor din grupa de vârstă 16-40/45, examinările periodice prenatale, dispensarizarea tuturor gravidelor-problemă, în special a celor ce figurau cu avorturi anterioare. La acest punct erau nominalizate şi măsurile menite a rezolva problema avorturilor. Comisiile de control trebuiau să acorde o atenţie deosebită evoluţiei indicatorului şi structurii pe cauze a întreruperilor de sarcină, activităţii comisiilor ce autorizau întreruperile de sarcină, modului în care unităţile sanitare colaborau cu organele locale ale Procuraturii şi Miliţiei pentru descoperirea şi eliminarea focarelor avortogene, conduitei medicale în cazul avortului complicat şi manipulării instrumentarului medical folosit pentru întreruperea cursului sarcinii, activităţii centrelor de combatere a sterilităţii şi infertilităţii, exigenţei colegiilor de disciplină în analiza diferitelor cazuri de deces matern[3].
4. Analiza calităţii asistenţei medicale curative şi profilactice acordate copilului. Erau vizate aspectele legate de asistenţa medicală a nou-născutului în prima săptămână de viaţă, cât şi supravegherea medicală cât mai riguroasă a acestuia până la împlinirea vârstei de un an. Aceste priorităţi erau trasate după o atentă analiză a cauzelor mortalităţii infantile care arătau un număr important de decese la grupele de vârstă 0-7 zile şi 3-9 luni[4].

Dacă se compară din punct de vedere al conţinutului tematici privind îmbunătăţirea indicilor demografici de la începutul anilor ’70 cu cele elaborate în anii ’80, nu se pot decela modificări substanţiale. Singurele diferenţe notabile sunt cele care urmăresc modificările legislative privind condiţiile legale în care se puteau realiza întreruperile de sarcină la cerere, mai precis modificarea vârstei de la 40 la 45 de ani şi numărul de copii pentru care se putea invoca un caz social de la 4 la 5 copii aflaţi încă în îngrijirea părinţilor.

Alături de tematica mai generală axată pe studierea indicilor demografici, Ministerul Sănătăţii elabora şi tematici specifice pentru fiecare indice în parte : natalitate, întreruperi de sarcină, mortalitate infantilă, mortalitate generală. În cadrul acestor tematici erau dezvoltate liniile generale trasate în tematica privind indicii demografici.

1. *Tematică de control*, AMS, fond DAM-OMCT, dosar 4/1978, nenumerotat.
2. *Notă de îndrumare, control şi sprijin privind asistenţa materno-infantilă*, AMS, fond DAM-OMCT, dosar 19/1987, nenumerotat.
3. AMS, fond DAM-OMCT, dosare 15/1984, 13/1987, 18/1987, 19/1987, 9/1988, nenumerotate.
4. *Ibidem*.

În teren, acţiunile de îndrumare şi control privind evoluţia indicilor demografici respectau în mare măsură tematica de control elaborată de Ministerul Sănătăţii, fiind foarte complexe. La nivel judeţean erau verificate, potrivit rapoartelor oficiale, până la 15 unităţi sanitare, atât din mediul urban, cât şi în cel rural, spitale, dispensare medicale, dar şi leagăne de copii, secţiile pentru copii distrofici şi creşele săptămânale. În efectuarea controlului, în vederea obţinerii unui rezultat cât mai complet, erau folosite şi indicaţiile prezente în tematicile de control specifice. Nu puţine erau cazurile în care celor patru direcţii din tematica generală li se adăugau şi verificarea altor aspecte precum asistenţa de urgenţă şi chirurgicală, asistenţa de medicină internă în unităţi sanitare şi în întreprinderi, probleme de epidemiologie şi de igienă în unităţile sanitare.

Notele de control erau întocmite conform tematicii specifice, observându-se preocuparea permanentă de a respecta toate punctele obligatorii. Descrierea evoluţiei indicilor demografici era riguros întocmită, aceeaşi observaţie fiind valabilă şi pentru descrierea modului în care se acorda asistenţă medicală femeii şi nou-născutului. Sunt însă şi aspecte neglijate în notele de control. Majoritatea scăpărilor sunt legate de problematica avorturilor. Dacă numărul avorturilor incomplete era întotdeauna precizat, doar în puţine cazuri era menţionat şi numărul de avorturi delictuale. Dacă totuşi această informaţie figura în raport, nu erau menţionate persoanele care se făceau responsabile sau măsurile luate împreună cu organele de Miliţie şi Procuratură. Doar în anumite analize anuale se menţiona numărul persoanelor găsite vinovate pentru săvârşirea infracţiunii de întrerupere ilegală a cursului sarcinii, dacă şi câte dintre acestea făceau parte din personalul medical. Personalul sanitar era obligat să efectueze un examen histopatologic în cazul avortului incomplet, iar dacă rezultatele indicau un posibil avort provocat, Procuratura trebuia notificată. Din notele de control studiate s-a putut constata că această prevedere era permanent trecută cu vederea, fie prin neefectuarea analizei cerute, fie prin amânarea sau chiar lipsa notificării către Procuratură[1]. De altfel, colaborarea la nivel local dintre organele sanitare şi cele ale Miliţiei şi Procuraturii, aşa cum reiese din documentele cercetate, nu se ridica la nivelul dorit de conducerea de partid şi de stat. În multe cazuri, modul de funcţionare a comisiei de avizare a întreruperilor de sarcină la cerere era deficitar prin absenţa sistematică a reprezentantului Procuraturii de la întrunirile comisiei[2]. „Micile scăpări" au reprezentat practica curentă prin care corpul medical a eludat legea, punând mai presus interesul şi viaţa pacientelor. Lipsa de substanţă în acţiunile Procuraturii şi ale Miliţiei poate fi pusă pe seama diluării represiunii avortului cu cât unitatea sanitară se situa mai departe de marile aglomerări urbane. Motivaţia care stă în spatele acestui fenomen ar merita un studiu sociologic distinct care să răspundă la întrebările : Era avortul din punctul de vedere al Miliţiei şi Procuraturii o infracţiune periferică ? Experienţele vieţii cotidiene influenţau comportamentul angajaţilor MAI şi ai Procuraturii în sensul relaxării vigilenţei privind cazurile de avort ilegal ?

1. AMS, fond DAM-OMCT, dosar 40/1984.
2. *Ibidem*.

Tematicile acţiunilor de îndrumare şi control la nivel judeţean cu privire la asistenţa medico-sanitară a populaţiei

Acţiunile de îndrumare şi control conduse la nivel judeţean pe tema generală a asistenţei medico-sanitară a populaţiei erau de departe cele mai complexe, implicând echipe numeroase de control care, într-un interval ce putea depăşi zece zile, controlau majoritatea clinicilor importante şi a laboratoarelor din spitalele judeţene şi orăşeneşti indiferent de specializarea acestora (urgenţă, infecţioase, psihiatrie), dar şi dispensarele municipale şi rurale, colectivităţile de copii[1].

Prima direcţie importantă a controlului era asistenţa medicală a adultului. În cadrul acesteia se insista asupra calităţii asistenţei de urgenţă, mortalităţii generale, asistenţei medicale acordate prin dispensarele teritoriale şi dispensarele policlinice, asistenţei medicale a muncitorilor, asistenţei medicale în unităţile cu paturi. Se urmăreau aspectele privind respectarea baremurilor de dotare cu instrumentar medical, corecta întocmire a documentelor medicale. O atenţie specială era acordată modului în care cabinetele medicale din întreprinderi reuşeau să prevină şi să trateze afecţiunile profesionale în vederea scăderii procentului morbidităţii prin incapacitate temporară de muncă. Statul comunist român purta o adevărată cruciadă împotriva prescrierii de concedii medicale, proces considerat un adevărat act de sabotaj la adresa economiei româneşti. Îngrijorarea autorităţilor era sporită şi de numărul mare al actelor de corupţie în care era implicat personalul medical, parte importantă a acestora datorându-se comercializării de certificate medicale fără temei real[2].

Cea de-a doua direcţie privea asistenţa medicală a femeii şi gravidei. Erau urmărite acele probleme ce ţineau de asistenţa femeii la nivelul dispensarelor din întreprinderi, dispensarelor teritoriale, dispensarelor policlinice, în secţiile cu paturi, rezolvarea avortului incomplet, rezolvarea avortului complicat prin infecţie, activitatea comisiilor de avizare a întreruperilor de sarcină. Se verifica în mod special gradul de realizare a controalelor periodice în întreprinderi pentru femeile cuprinse în grupa de vârstă 16-45 de ani. Motivul invocat era cunoaşterea stării de sănătate, în vederea combaterii unor afecţiuni grave precum cancerul de col uterin. Adevărata miză era însă depistarea potenţialelor sarcini, dar şi a cazurilor de avort[3]. Dovadă stă procentul mic de analize clinice în vederea depistării cancerului de col comparativ cu numărul total al controalelor ginecologice efectuate[4].

---

1. *Tematică de control*, AMS, fond Cabinet 4, dosar 15/1987, nenumerotat.
2. AMS, fond Cabinet 1, dosar 18/1988, nenumerotat, fond Cabinet 4, dosar 15/1986, nenumerotat.
3. Iată ce se preciza într-o notă de control din judeţul Dâmboviţa cu privire la activitatea dispensarelor medicale din întreprinderi : *„Acţiunea de evaluare şi cunoaştere a stării de sănătate a femeilor încadrate în vârstă de 16-45 ani este în curs de finalizare în majoritatea întreprinderilor. (...) În desfăşurarea acestei activităţi sunt unele rămâneri în urmă care se datorează printre altele unei insuficiente colaborări a personalului medical cu conducerile întreprinderilor respective. Implicarea personalului medical din întreprinderi în combaterea fenomenului avortogen se consideră a fi şi mai redusă datorită necunoaşterii tuturor femeilor cu avorturi şi neurmăririi corespunzătoare a stării lor de sănătate*".
4. La întreprinderea Dâmboviţa din Bucureşti, din 1.844 de controale efectuate în decursul anului 1988, doar 147 au fost de specialitate, AMS, Cabinet 1, dosar 18/1988, nenumerotat, Cabinet 4, dosar 15/1986, nenumerotat.

Echipele de control nu uitau însă niciodată să menţioneze numărul de sarcini şi de avorturi descoperite în urma acestor controale[1]. În ceea ce priveşte strict asistenţa medicală a gravidei, o atenţie deosebită se acorda ritmului supravegherii prenatale în vederea prevenirii deceselor materne prin risc obstetrical, dar şi rezolvării corecte a cazurilor de avort complicat prin infecţie şi reducerea în consecinţă a mortalităţii materne prin avort septic. Astfel de controale periodice constituiau o piedică pentru femeile care ar fi recurs la o întrerupere ilegală a sarcinii. Dacă medicul descoperea întreruperea sarcinii, era obligat prin lege să anunţe autorităţile. Celelalte aspecte controlate se regăseau în tematica specifică verificărilor în direcţia îmbunătăţirii indicilor demografici.

Al treilea punct principal al controlului privea asistenţa medicală a copilului, accentul fiind pus pe asistenţa medicală ambulatorie în secţia cu paturi, pe modul de funcţionare a secţiilor de nou-născuţi şi pe funcţionarea unităţilor de ocrotire. Se verificau ritmicitatea controalelor medicale pentru nou-născuţii cu vârsta 0-1 an, asigurarea dotării corespunzătoare în secţiile de pediatrie. Multe controale reclamau lipsa condiţiilor celor mai elementare precum apa caldă sau asigurarea unei temperaturi corespunzătoare în secţiile de nou-născuţi[2].

În ordinea priorităţilor urma activitatea antiepidemică şi de igienă. Era verificată rata de realizare a vaccinărilor programate, evoluţia numărului de îmbolnăviri de natură infecţioasă, efectuarea de controale privind starea de igienă în spitale, verificarea sistemelor de aprovizionare cu apă potabilă, stabilirea gradului de poluare a aerului, controale privind igiena alimentaţiei.

Ultima direcţie de control viza problemele de conducere la nivelul unităţilor sanitare. Mai precis, era verificată activitatea Direcţiei Sanitare judeţene din perspectiva competenţei personalului, a metodelor folosite. Punctual se analiza activitatea Consiliului Oamenilor Muncii din Direcţia Sanitară, cât şi a Biroului Executiv al acesteia, activităţile de control şi îndrumare realizate la nivel local[3].

Acţiuni de îndrumare şi control la nivel de municipiu

Sistemul de îndrumare şi control era conceput într-o formă piramidală, de la centru spre restul teritoriului. Erau organizate acţiuni de control la nivel judeţean, dar şi la nivel de municipiu, unitate sanitară, întreprindere.

---

1. În primul rând era prezentată evoluţia numărului de naşteri înregistrate în ultimii cinci ani anteriori controlului, numărul naşterilor pe anul în curs şi numărul sarcinilor în evoluţie depistate cu ocazia controlului.
2. La spitalul Colţea din Bucureşti, absolut toate echipele de control atrăgeau atenţia că maternitatea era supraaglomerată, nou-născuţilor nu li se oferea hrană preparată în condiţii sterile, lenjerie şi scutece sterile. Nici măcar igiena nou-născutului nu putea fi asigurată corespunzător întrucât apa caldă lipsea din majoritatea saloanelor, iar temperatura era neconformă cu normele sanitare. Pentru a remedia situaţia, conducerea spitalului apelase la soluţii de compromis precum amplasarea câtorva cazane de încălzit apa şi radiatoare. AMS, fond DAM-OMCT, dosar 9/1988, nenumerotat.
3. AMS, fond DAM-OMCT, dosare 4/1978, 13/1984, 15/1984, 13/1987, 18/1987, 19/1987, 9/1988, nenumerotate.

La nivel de municipiu, tematicile de control folosite erau similare cu cele la nivel judeţean. Acţiunile vizau fie verificarea asistenţei medicală materno-infantilă, fie asistenţa medicală generală a populaţiei. Nu toate municipiile intrau în lista de priorităţi a Ministerului Sănătăţii. Privilegiate erau aglomerările urbane importante, centrele industriale puternice, cu modificări semnificative în structura socială a locuitorilor. Deplasarea masivă a populaţiei dinspre mediul rural către platformele industriale ale marilor oraşe reprezenta o problemă serioasă pentru politica pronatalistă a statului comunist român. Un eşantion important al populaţiei feminine aflate la vârsta de maximă fertilitate eluda sistemul controalelor periodice realizate prin intermediul dispensarelor policlinice sau de fabrică. Dezrădăcinarea, traiul la comun în comunităţi mixte nu erau nici ele în conformitate cu morala comunistă. Răspunsul statului comunist român prin intermediul Ministerului Sănătăţii a fost lansarea unor acţiuni de îndrumare şi control la nivelul oraşelor Bucureşti, Iaşi şi Constanţa. În acest mod se exercita o presiune suplimentară asupra autorităţilor locale, obligate la rândul lor să supravegheze mai atent fenomenele demografice din teritoriul păstorit.

Acţiunile echipelor de control trimise de Ministerul Sănătăţii vizau, similar cu cele judeţene, fie asistenţa materno-infantilă, fie asistenţa medicală generală a populaţiei. La nivelul municipiului Bucureşti, aveau prioritate acţiunile de sprijinire a maternităţilor. Această preocupare era evidentă dacă se ţine cont de evoluţia nemulţumitoare a valorilor indicilor demografici[1]. Obiectivele acţiunile de control vizau : calitatea bazei materiale şi asigurarea personalului medical de specialitate, modul în care era asigurată asistenţa medicală a gravidei cu risc, calitatea asistenţei medicale în secţiile de nou-născuţi (grad de utilizare, perioade de aglomerare), asigurarea asistenţei medicale de urgenţă în secţiile de obstetrică-ginecologie şi nou-născuţi, accentul fiind pus pe procedurile de reanimare, analiza cazurilor de deces şi îmbolnăvire produse în maternitate[2].

Nu lipseau nici controalele cu privire la starea de sănătate generală a populaţiei : asigurarea activităţii curative, asigurarea asistenţei medicale de urgenţă, evoluţia principalilor indici demografici, asistenţa medicală a mamei, copilului şi tineretului, asigurarea asistenţei medicale a muncitorilor, respectarea normelor sanitaro-epidemice, modul în care se desfăşoară activitatea de conducere a unităţilor sanitare.

Priorităţile în cadrul acţiunilor de îndrumare şi control difereau uşor comparativ cu cele efectuate la nivel judeţean. O atenţie sporită era acordată asistenţei medicale de urgenţă şi la nivel de dispensar de cartier. Miza acestei atenţii sporite era degrevarea medicilor din spitale şi policlinici prin creşterea procentului de rezolvare a cazurilor la domiciliul bolnavului sau de către medicul de dispensar, fără a se recurge la îndrumarea către medicul specialist. Motivul era lipsa tot mai acută de medici la nivelul municipiului Bucureşti, în special în anii ’80, când acesta fusese declarat oraş închis. Acest statut împiedica ocuparea posturilor vacante de tineri absolvenţi[3]. În anumite situaţii se încerca rezolvarea acestui deficit prin transferul de cadre medicale din judeţele învecinate, însă

1. Natalitatea s-a situat mereu sub media ţării 12,9‰ – 1985, 12,9‰ – 1986, iar numărul întreruperilor de sarcină mergea până la ¼ din numărul total raportat pe ţară, 43.825 – 1985, 31.532 – 1986.
2. AMS, fond DAM-OMCT, dosar 3/1987, nenumerotat.
3. Doar la nivelul sectorului 1 al municipiului Bucureşti, în 1986, exista un deficit de 116 medici şi 134 de cadre medii la o populaţie de 273.000 de locuitori.

mutările de personal nu reuşeau să acopere, în medie, decât 10% din necesarul de cadre medicale[1]. Lipsa medicilor era mai acută în cartierele muncitoreşti recent construite, precum şi în comunităţile de copii (leagăne, creşe săptămânale, secţii pentru distrofici)[2].

Control la nivel de unitate sanitară

Numeroase erau şi controalele la nivel de unitate sanitară. Aceste acţiuni de îndrumare şi control puteau fi trecute în planul anual sau trimestrial de control, dar erau organizate şi acţiuni-fulger pentru instituţiile ale căror raportări indicau deficienţe la nivelul acordării asistenţei medicale, în special cifre foarte mari ale mortalităţii cu diferitele sale componente (pe grupe de vârstă, infantilă, materne).

Erau vizate în mod particular neregulile flagrante ce puneau în pericol viaţa pacienţilor : lipsa măsurilor elementare de igienă, diagnostic greşit, având ca repercusiune moartea pacientului, nerespectarea circuitelor funcţionale în cadrul spitalelor (septic, aseptic), refuz al internării fără motivaţie clinică, expunerea pacienţilor la infecţii intraspitaliceşti[3], felul în care unitatea sanitară controlată era urmărită şi controlată metodologic de către inspectorii Direcţiei Sanitare Judeţene. Reprezentanţii Ministerului Sănătăţii considerau că existenţa unui sigur caz de neglijenţă în activitatea de control a inspectorilor la nivel judeţean trăda lipsuri generale la nivelul întregului teritoriu ce intra în responsabilitatea respectivului colectiv de control. Nu de puţine ori, verificarea izolată a unei unităţi sanitare era punctul declanşator al unei acţiuni de îndrumare şi control complexe la nivelul întregului judeţ. Miza acestei acţiuni, aşa cum am arătat deja, se concentra asupra unei supravegheri cât mai exacte a populaţiei.

Controale-fulger ale Ministerului Sănătăţii se organizau şi pentru verificarea unui aspect singular de asistenţă medicală, de obicei în sfera obstetrică-ginecologie. Indicii mari de mortalitate maternă şi infantilă la unităţile sanitare controlate erau puşi în directă legătură cu situaţia materială deplorabilă a spitalelor : spaţii necorespunzătoare, bază materială insuficientă şi depăşită din punct de vedere moral, cantitate insuficientă de carburant pentru funcţionarea autosanitarelor[4] şi mai ales dificultate în asigurarea unui mediu steril pentru sălile de naşteri şi de operaţii[5]. De aici iminenţa de contaminare bacteriană a pacienţilor şi proliferarea infecţiilor intraspitaliceşti.

1. În municipiul Bucureşti, la nivelul anului 1987, exista un deficit de 900 de medici, 803 – în 1989, şi doar 120 de detaşări din judeţele învecinate. În municipiul Iaşi, la un număr de 483 de posturi ocupate de medici specialişti, existau 286 de posturi vacante, deci 1/3 din totalul posturilor normate conform reglementărilor Ministerului Sănătăţii la acea oră.
2. AMS, fond DAM-OMCT, dosar 3/1987, nenumerotat.
3. *Ibidem*.
4. Pentru două autosanitare având drept carburant benzina, spitalului Niculeşti, deservind o populaţie de 22.000 de locuitori, îi fuseseră repartizaţi 76 litri de benzină lunar.
5. Notele de control consemnau lipsa soluţiilor antiseptice, pereţi înnegriţi ce prezentau condens, temperaturi necorespunzătoare, saloane supraaglomerate, lipsa scutecelor sterile, lipsa apei calde curente. Astfel de constatări erau valabile atât pentru mari maternităţi din Bucureşti, cât şi pentru spitalele rurale sau municipale, indiferent de regiune.

Control la nivel de instituţie

O altă direcţie de control a echipelor Ministerului Sănătăţii viza asistenţa medicală asigurată în cadrul diferitelor întreprinderi. Controlul era condus la nivelul dispensarelor de întreprindere. Principalele direcţii ale controlului precizate în tematica specifică erau : asistenţa sănătăţii populaţiei, creşterea calităţii asistenţei medicale şi prevenirea îmbolnăvirilor, asistenţa medicală a mamei şi copilului, măsuri pentru respectarea normelor igienico-sanitare. În efectuarea controlului, accentul era pus asupra celei de-a doua direcţii, legată de asistenţa medicală a mamei şi copilului. Această prioritate pare cel puţin stranie în cadrul unei întreprinderi în care condiţiile de lucru erau deosebit de grele, bolile profesionale numeroase şi unde grija reprezentanţilor ministerului ar fi trebuit direcţionată către alte priorităţi. În spatele acestei atenţii speciale a stat o constatare de ordin statistic. Cele mai multe avorturi incomplete erau prezente la femeile cu vârsta cuprinsă între 20 şi 35 de ani, aflate la vârsta de fertilitate maximă, care aveau deja doi copii şi, cel mai important aspect, care proveneau din mediul muncitoresc. Logica celor aflaţi la conducerea Consiliului Sanitar Superior şi a Ministerului Sănătăţii a fost una simplă. Un grad de control sporit asupra unei categorii de populaţie caracterizată printr-un plus de mobilitate şi susceptibilă de a recurge la avort ar fi condus la creşterea natalităţii.

Notele de control realizate în diferite întreprinderi, indiferent de specificul industrial al acestora, păstrau un format bine stabilit prin tematica elaborată de minister în acest sens. Accentul era pus asupra situaţiei populaţiei feminine : numărul total al acesteia din urmă raportat la totalul muncitorilor, numărul femeilor cu vârsta cuprinsă în marja 16-45 de ani, numărul celor aflate la vârstă de maximă fertilitate (20-30 de ani), evoluţia numărului de naşteri, dar şi de avorturi în cei cinci ani anteriori realizării controlului, numărul de sarcini în evoluţie la momentul realizării acţiunii de îndrumare şi control, gradul în care erau respectate măsurile prevăzute de lege în privinţa protecţiei gravidei la locul de muncă. La un punct separat erau expuse rezultatele concrete ale verificărilor medicale periodice şi obligatorii la care era supusă toată populaţia feminină care activa la respectiva întreprindere. Controalele medicale periodice erau realizate de către medicul de întreprindere cu ajutorul unui medic specialist de obstetrică-ginecologie dintr-un dispensar medical la care era arondată respectiva fabrică.

Acţiunile de îndrumare şi control se concentrau pe analiza gradului în care fuseseră realizate verificările periodice, ritmicitate, numărul total de femei consultate. Ulterior erau consemnate rezultatele concrete ale verificărilor, mai precis numărul de sarcini depistate, dar şi numărul afecţiunilor ginecologice. Era consemnat şi numărul investigaţiilor mai amănunţite ce puteau confirma diagnosticul de sarcină sau întări rezultatele examenului Babeş-Papanicolau pentru depistarea cancerului de col uterin[1]. La un punct separat era consemnat numărul muncitoarelor navetiste şi judeţele de provenienţă ale acestora. Acest element era deosebit de important, deoarece de supravegherea stării de sănătate a salariaţilor şi în special a femeilor răspundea, alături de medicul desemnat al instituţiei, şi dispensarul medical la care era arondat domiciliul acestora[2].

1. Se practicau examene colpocitologice, prin care se puteau stabili eventuale modificări hormonale, în special pentru confirmarea diagnosticului de sarcină, dar şi colposcopii pentru revelarea oricăror modificări anormale la nivelul cervixului.
2. AMS, fond DAM-OMCT, dosar 3/1987, Cabinet 2, dosar 18/1988.

Comparativ cu alte acţiuni de îndrumare şi control, verificarea modului în care se asigura asistenţa medicală în întreprinderi avea gradul cel mai semnificativ de formalism. În interiorul notelor de control se pot constata numeroase inexactităţi : numărul femeilor examinate era mai mare decât numărul femeilor catagrafiate în vederea efectuării controlului[1], indicii demografici prezentau o permanentă îmbunătăţire, deşi nici măcar statisticile oficiale nu veneau să confirme această aserţiune.

Un alt punct important în realizarea acţiunilor de îndrumare şi control la nivel de întreprinderi şi instituţii era incidenţa cazurilor de incapacitate temporară de muncă. Pentru a preveni extinderea acestui fenomen, cabinetele medicale din fabrici şi instituţii, dar şi dispensarele policlinice la care erau arondate diferitele unităţi economice, erau responsabile cu depistarea tuturor cazurilor de îmbolnăvire şi rezolvarea promptă a acestora. Pentru o cât mai mare exactitate, fiecare angajat îşi avea propria fişă în care erau trecute riscurile ocupaţionale, condiţiile de viaţă, antecedentele medicale. Din perspectiva Ministerului Sănătăţii, puteau fi evitate zilele de muncă pierdute de muncitori în urma incapacităţii temporare de muncă, mai ales dacă certificatele care justificau aceste concedii nu aveau la bază cazuri reale de boală. La Întreprinderea de Biscuiţi „Berceni" din Bucureşti, în perioada 1985-1988, principala cauză a incapacităţii temporare de muncă erau tulburările mintale[2]. Fără îndoială astfel de cazuri ridicau foarte multe întrebări la nivelul corpului de control trimis de la minister. Ca răspuns se întocmeau noi ordine de ministru privind prevenirea incapacităţii temporare în muncă sau o frecvenţă sporită a controalelor în întreprinderi şi instituţii.

Un caz aparte îl constituie nota de control întocmită la spitalul de psihiatrie şi neurochirurgie „Gheorghe Marinescu". Deşi acţiunea de îndrumare şi control a fost una complexă, incluzând direcţiile variante în acordarea asistenţei de specialitate bolnavilor (asistenţă medicală de urgenţă, utilizarea paturilor, prescrierea tratamentelor medicamentoase, dotarea tehnică a instituţiei sanitare), accentul a fost pus asupra activităţii celor doi medici cu specialitatea obstetrică-ginecologie care activau în cadrul spitalului. În sarcina acestora revenea controlul periodic al angajatelor spitalului, dar şi al pacientelor internate în cele trei secţii : psihiatrie, neurologie şi neurochirurgie[3]. Similar cu acţiunile de control conduse la nivelul întreprinderilor, era consemnat numărul total al controalelor efectuate, numărul investigaţiilor de specialitate[4] pentru depistarea cancerului de col, numărul de afecţiuni ginecologice depistate, dar şi numărul de sarcini în evoluţie.

O atenţie deosebită, aşa cum rezultă din conţinutul notei de control, era acordată supravegherii acelor femei, cadre medicale sau paciente, care aveau în antecedentele

1. Într-o notă de control realizată la întreprinderea Dâmboviţa din Bucureşti, se preciza că numărul femeilor cu vârste cuprinse între 16 şi 45 de ani era de 1.095, iar femeile cu vârste între 16 şi 30 de ani supuse controlului periodic era de 1.640. Ambele cifre sunt reluate de mai multe ori în document, o greşeală de tehnoredactare fiind exclusă. Evoluţia indicilor demografici era una favorabilă, deşi cifrele la momentul efectuării controlului nu erau deloc încurajatoare, iar tabloul general la nivelul municipiului Bucureşti arăta un indice al natalităţii printre cele mai scăzute la nivel naţional şi un număr de avorturi semnificativ.
2. AMS, fond Cabinet 1, dosar 18/1988, nenumerotat.
3. *Ibidem*.
4. În cazul controlului realizat la spitalul „Gheorghe Marinescu" a fost consemnat cel mai mare număr de examene citologice proporţional cu numărul de examene efectuate – 475 din 565 de controale efectuate.

medicale unul sau mai multe avorturi sau, aşa cum se exprimau medicii, sufereau de „boală abortivă". Acţiunea medicilor poate fi justificată prin faptul că orice medicaţie intraspitalicească ar fi dăunat produsului de concepţie în cazul unei paciente cu sarcină nedepistată la timp. Vehemenţa cu care au fost întocmite recomandările privind sporirea numărului de controale în rândul angajatelor spitalului vin însă în sprijinul ipotezei că aceste acţiuni erau mai puţin o preocupare pentru sănătatea cadrelor medicale şi mai mult o încălcare flagrantă şi sistematică a dreptului la intimitate şi viaţă privată[1].

Reprezentanţii Ministerului Sănătăţii nu erau străini de starea de nemulţumire şi frustrare a angajatelor obligate să se prezinte la aceste controale periodice şi obligatorii. Un exemplu în acest sens este cazul Dana Maria Motora. Şefă de promoţie a Şcolii de Surori „Crucea Roşie" în 1984, de profesie secretară, domiciliată în Bucureşti, comandantă de grupă sanitară a Gărzii Patriotice, Dana Maria Motora înaintează în iunie 1987 o petiţie către Ministerul Sănătăţii în care cerea să fie scutită de controalele ginecologice periodice, pe care le considera abuzive: „Sunt încadrată de 16 ani în câmpul muncii, sunt un om sănătos, fără probleme de sănătate în afară de hipotiroidism şi chist tiroidian. […] Medicul de întreprindere, în neştiinţă de cauză, mă trimite cu recomandare pentru control periodic ginecologic, menţionând că am vârsta de 40 de ani, nu sunt căsătorită şi nu figurez în nicio evidenţă cu alte probleme de sănătate, neavând concedii medicale. […] Organele tutelare consideră nefondată această trimitere şi abuzivă, ţinând cont că în aceste controale medicale periodice se încadrează femeile căsătorite. *Vă rog să binevoiţi a-mi răspunde dacă pot fi obligată de către medicul de întreprindere să mă prezint la control ginecologic periodic, nefiind căsătorită şi ţinând cont că nu am avut şi nici nu am probleme ginecologice*"[2]. Răspunsul conducerii Ministerului Sănătăţii, prin intermediul Serviciului de Ocrotire a Mamei, Copilului şi Tineretului, nu a făcut decât se reia motivaţia oficială: „Examinarea medicală periodică a femeilor încadrate în muncă sau casnice face parte din acţiunile cu larg caracter profilactic pe care Ministerul Sănătăţii le-a întreprins în ultima perioadă. Această acţiune are drept scop cunoaşterea amănunţită a stării de sănătate generală şi genitală a femeilor, depistarea precoce a diferitelor afecţiuni, în vederea aplicării tratamentului recuperator". Mai mult chiar, formula din încheierea răspunsului poate fi considerată o ameninţare la adresa petentei: „Având în vedere funcţia pe care o îndepliniţi în cadrul activului de Crucea Roşie din întreprindere, vă facem recomandarea de a sprijini la locul de muncă acţiunile de ocrotire a sănătăţii oamenilor muncii, fiind astfel de un real folos reţelei sanitare"[3].

Până la căderea regimului comunist în decembrie 1989, activitatea de supraveghere a populaţiei feminine a fost una dintre principalele componente ale planului de acţiune în vederea creşterii natalităţii.

1. Recomandările notei de control nu făceau referire la calitatea actelor medicale de specialitate, dat fiind specificul unităţii sanitare şi coeficientul ridicat de dificultate presupus de îngrijirile de tip neurologic, neurochirurgie ori psihiatrie. Grija echipei de control mergea în primul rând către impulsionarea acţiunii de control periodic ginecologic al personalului feminin din spital, acţiune care trebuie sprijinită de toţi medicii şefi de secţie şi, respectiv, de conducerea spitalului.
2. AMS, fond DAM-OMCT, dosar 13/1987, nenumerotat.
3. *Ibidem.*

Rezultatele controalelor

Recomandări pentru îmbunătăţirea activităţii

Fiecare acţiune de control se finaliza cu transmiterea unui set de recomandări către conducerea direcţiilor sanitare judeţene şi a unităţilor din subordinea acestora. În mod firesc, măsurile impuse urmăreau specificul acţiunii de îndrumare şi control care le-au produs. Ţinând cont de acest aspect, erau făcute recomandări cu caracter general privind asigurarea asistenţei medicale la nivel de judeţ, măsuri specifice privind îmbunătăţirea generală a indicilor demografici sau a unui anumit aspect, de obicei natalitate sau mortalitate infantilă. Recomandări specifice se făceau în cazul acţiunilor de control întreprinse la nivel de unitate sanitară ca şi în cazul unităţilor economice şi diferitelor instituţii.

Planurile de măsuri la nivel judeţean conţineau două tipuri principale de recomandări : cele cu caracter de permanenţă în activitatea de organizare şi asigurare a asistenţei medicale şi cele ce trebuiau materializate fie cu începere imediată de la data finalizării controlului, fie într-un răstimp ce putea ajunge la un maximum de şase luni.

Caracter permanent aveau acele recomandări care urmau liniile generale trasate prin ordine ale Ministerului Sănătăţii : urmărirea permanentă a modului în care unităţile sanitare pun în practică indicaţiile Ministerului Sănătăţii în privinţa îmbunătăţirii indicatorilor demografici, cunoaşterea stării de sănătate a populaţiei prin efectuarea controalelor periodice şi respectarea ritmicităţii acestora[1]. O atenţie deosebită era acordată supravegherii diferitelor categorii de femei ; mai exact, se precizau obligativitatea controlului activităţii comisiei de avizare a întreruperii cursului normal al sarcinii, controlul trimestrial al femeilor cu avorturi în antecedentele medicale, dar şi îndrumarea cuplurilor sterile către cabinetele medicale de profil[2]. Alte măsuri cu caracter general vizau asistenţa medicală infantilă : îmbunătăţirea asistenţei medicale în vederea scăderii mortalităţii pentru grupa de vârstă 0-1 an, controlul metodologic sporit pentru zonele ce prezintă cifre mari ale mortalităţii infantile, îmbunătăţirea gradului de recuperare a copiilor cu boli cronice, respectarea normelor metodologice privind supravegherea medicală periodică atât a nou-născutului, cât şi a copilului de vârstă mică (1-4 ani)[3].

Dintre măsurile ce nu prezentau un caracter permanent, cele mai importante priveau îmbunătăţirea asistenţei medicale de urgenţă şi în secţiile de terapie intensivă, încadrarea corespunzătoare cu personal medical, îmbunătăţirea activităţii în secţiile de ginecologie, finalizarea controlului periodic al stării de sănătate pentru femeile încadrate în grupa de vârstă 16-45 de ani, intensificarea controlului metodologic pentru toate profilele medicale, studierea oportunităţii menţinerii anumitor unităţi sanitare în condiţiile unei activităţi generale necorespunzătoare. Caracter imediat aveau indicaţiile cu privire la intensificarea acţiunilor metodologice în zonele cu indice de mortalitate infantilă foarte ridicat, închiderea anumitor secţii sau chiar unităţi sanitare care nu garantau securitatea actelor medicale[4].

1. AMS, fond DAM-OMCT, dosare 4/1978, 15/1984, 13/1987, 18/1987, 19/1987, 9/1988, nenumerotate ; Cabinet 4 , dosare 3/1987, 15/1987, nenumerotate.
2. AMS, fond DAM-OMCT, dosare 4/1978, 13/1984, 15/1984, 13/1987, 18/1987, 19/1987, 9/1988.
3. AMS, fond DAM-OMCT, dosare 13/1987, 18/1987, 19/1987, 9/1988.
4. AMS, fond DAM-OMCT, dosare 13/1987, 18/1987, 19/1987, 9/1988, 10/1988.

Dacă acţiunea de îndrumare şi control la nivel judeţean avea drept scop îmbunătăţirea indicilor demografici, planul de măsuri conţinea prevederi specifice : intensificarea controalelor la nivelul dispensarelor medicale teritoriale, discutarea lunară a indicilor demografici la nivelul judeţului, intensificarea activităţii unităţilor medicale din teritoriu în vederea controlului populaţiei feminine între 16 şi 45 de ani, evidenţierea precoce a sarcinii, dispensarizarea femeii cu avorturi în antecedente, reducerea mortalităţii generale prin dispensarizarea corectă a bolnavilor cronici, evaluarea săptămânală a activităţii din secţiile de medicină internă şi cardiologie, analiza riguroasă a cazurilor de deces, dispensarizarea corectă a sugarului, îmbunătăţirea condiţiilor materiale în maternităţi, evaluarea condiţiilor din colectivităţile de copii, în special din leagăn, asigurarea unei medicaţii judicioase în cazul nou-născuţilor[1].

În cazul acţiunilor de îndrumare şi control realizate în cadrul unei singure instituţii sanitare, recomandările erau făcute în funcţie de numărul şi gravitatea neregulilor găsite. Dacă echipa de control nu depistase abateri grave ce ar fi reprezentat un pericol iminent pentru viaţa pacienţilor trataţi în respectiva clinică, recomandările erau de ordin general, accentul fiind pus pe un control şi o îndrumare metodologică mai riguroase din partea Direcţiei Sanitare Judeţene : organizarea de controale complexe, semestriale, în toate spitalele din teritoriu, verificarea periodică a activităţii medicilor-inspectori din teritoriu, asigurarea completării corecte a documentelor medicale, supravegherea activităţii medicilor din dispensarele teritoriale şi din întreprinderi. Recomandările erau mult mai precise dacă unitatea verificată era o maternitate sau secţia de obstetrică-ginecologie a unui spital. Directivele vizau mai ales problematica de rezolvare a avorturilor incomplete : dacă unitatea sanitară respectivă putea asigura în continuare actul medical de rezolvare a avortului incomplet, încadrarea corectă prin diagnostic a diferitelor sângerări uterine, examen histopatologic în toate cazurile în care se executa chiuretaj uterin, modul de utilizare a truselor de chiuretaj, îmbunătăţirea controlului prenatal, cunoaşterea cauzelor care conduc la creşterea mortalităţii infantile[2].

Cât priveşte acţiunile de îndrumare şi control realizate în întreprinderi, recomandările inspectorilor din Ministerul Sănătăţii priveau fiecare din cele trei axe principale de intervenţie. Pentru a creşte gradul de asigurare a sănătăţii pentru oamenii muncii se dispuneau măsuri precum reevaluarea medicală a tuturor angajaţilor, colaborarea dispensarului medical cu sociologul întreprinderii pentru rezolvarea problemelor de ordin socio-medical[3]. Prin aceste măsuri se încerca să se combată absenteismului motivat prin concedii medicale, ştiut fiind faptul că în spatele diferitelor afecţiuni stătea de fapt rezolvarea unor probleme de ordin personal. De vreme ce activitatea medicală de asistenţă a mamei şi copilului la nivel de întreprindere sau instituţie se limita la asigurarea unui control strict al angajatelor, măsurile de îmbunătăţire a acestei direcţii nu puteau viza decât eficientizarea acţiunii prin : formarea continuă a personalului medical, îmbunătăţirea evidenţei femeilor angajate, refacerea permanentă a evidenţei femeilor cu antecedente de avort, antrenarea tuturor factorilor de decizie în vederea unei prezentări mai largi la controalele periodice, dotarea cabinetului cu aparatura necesară şi în cantitate suficientă

1. AMS, fond DAM-OMCT, dosare 18/1987, 19/1987, 9/1988, nenumerotate ; fond Cabinet 4, dosare 24/1986, 20/1987, nenumerotate.
2. AMS, fond DAM-OMCT, dosare 20/1987, 18/1987, 19/1987, 10/1988, nenumerotate.
3. AMS, fond Cabinet 4, dosar 18/1988, nenumerotat.

pentru realizarea numărului stabilit de controale[1]. Pentru respectarea condiţiilor de igienă se propuneau acţiuni în direcţia menţinerii unei bune calităţi a aerului, remedierea diferitelor deficienţe de ordin logistic (repararea acoperişului), menţinerea curăţeniei în toate spaţiile şi mai ales în cantina unde serveau masa muncitorii, dar şi în comunităţile de preşcolari arondate fabricii[2].

Responsabilii cu îmbunătăţirea activităţii

Fiecare corp de control, odată cu precizarea măsurilor pentru îmbunătăţirea activităţii, desemna şi responsabilii pentru ducerea la bun sfârşit a respectivei directive. Principala responsabilă pentru îmbunătăţirea activităţii de asistenţă radicală a populaţiei la nivel judeţean în probleme ce aveau termen permanent de punere în practică era Direcţia Sanitară Judeţeană, reprezentată fie prin directorul său, fie prin inspectorii de specialitate aflaţi în subordinea sa. Dat fiind că mare parte dintre propuneri priveau asistenţa medicală acordată femeii, un rol important îi revenea, conform precizărilor Ministerului Sănătăţii, medicului-inspector din Serviciul de Ocrotire a Mamei, Copilului şi Tineretului şi metodologului pe specialitate. Pentru măsurile de asistenţă medicală a copilului, responsabili erau medicul-inspector pediatru şi metodologul pediatru. Măsurile care presupuneau acţiuni specifice, la nivel de unitate sanitară, erau responsabilitatea directorului de spital sau de maternitate, după caz. De îmbunătăţirea activităţii la nivelul dispensarelor medicale teritoriale răspundea metodologul respectivului dispensar, dar şi medicul-şef din respectiva unitate sanitară[3].

Dacă recomandările aveau termen redus sau imediat de punere în practică, responsabilitatea era transmisă către factorii de decizie la nivel de unitate sanitară. Pentru nereguli privind activitatea generală a spitalului sau a mai multor secţii ale acestuia, echipa de control se adresa directorului de spital. În funcţie de specialitatea în care erau constate abaterile (urgenţe, boli interne, chirurgie, obstetrică-ginecologie, chirurgie, pediatrie), răspundeau pentru remedierea acestora, alături de conducerea unităţii sanitare, şefii respectivelor secţii[4].

Comisiile de control şi îndrumare ale Ministrului Sănătăţii aveau competenţa de a hotărî sancţionarea personalului medical dacă în urma verificărilor efectuate se constatau abateri de la norme. De cele mai multe ori însă, rapoartele de control se limitau la consemnarea neregulilor şi indicarea personalului medical care se făcea răspunzător, stipulând în planul de măsuri ca fiecare caz în parte să fie discutat de către colegiile de disciplină şi în urma anchetei să fie luate măsurile care se impuneau[5]. Existau însă şi situaţii când corpul de control dispunea sancţiuni doar în urma anchetei proprii, fără consultarea altor organisme abilitate în acest sens.

---

1. *Ibidem*.
2. *Ibidem*.
3. AMS, fond DAM-OMCT, dosare 18/1987, 19/1987, 9/1988, nenumerotate ; Cabinetul 4, dosare 24/1986, 20/1987, nenumerotate.
4. *Ibidem*.
5. În urma unei acţiuni de îndrumare şi control în judeţul Giurgiu, au fost constatate mai multe abateri care influenţau negativ evoluţia indicatorilor demografici. Ca urmare, în nota de control realizată la finalizarea acţiunii se preciza : „Întrucât în calitatea actului medical acordat prin unităţile sanitare din judeţul Giurgiu se constată în continuare numeroase neajunsuri, oglindite şi în evoluţia nefavorabilă a principalilor indici demografici, direcţia sanitară va

Sancţiuni

De cele mai multe ori, notele de control nu menţionau şi sancţiunile acordate pentru neregulile constatate, această responsabilitate revenind direcţiilor sanitare judeţene, care, odată cu trimiterea către minister a măsurilor concrete luate pentru remedierea deficienţelor constatate, trebuiau să precizeze şi măsurile discipinare dispuse prin intermediul colegiilor de disciplină. Sunt rare rapoartele care fac precizări în legătură cu sancţiunile dispuse de corpul de control, astfel încât nu se poate stabili un pattern la nivel naţional. Din documentele consultate reiese că sancţiunile acordate în timpul acţiunilor de îndrumare şi control puteau privi întregul colectiv al unităţii spitaliceşti în cazul unor abateri grave care periclitau viaţa pacienţilor[1], însă cele mai multe dintre pedepse vizau punctual anumiţi membri ai corpului medical, fie ei medici ori membri ai personalului sanitar mediu[2].

Acţiunile de îndrumare şi control, la nivel judeţean ori axate pe instituţii medicale singulare, în diferite întreprinderi sau doar în maternităţi, reprezentau una dintre piesele importante în jocul de puzzle reprezentat de politica de forţă pusă în practică de statul comunist român în vederea creşterii demografice a României. Dacă rezultatele în privinţa îmbunătăţirii indicilor demografici nu au fost cele scontate, cu siguranţă însă că, la nivelul populaţiei, controalele medicale obligatorii au fost privite ca o intruziune indezirabilă, o violare a vieţii private, a intimităţii femeilor. Singurul rezultat concret a fost permanenta stare de presiune pusă asupra corpului medical, principalul factor investit cu responsabilitatea înfăptuirii politicii demografice în România sau, după caz, principalul vinovat în ochii autorităţilor comuniste pentru falimentul acesteia. La nivelul Ministerului Sănătăţii, acţiunile de îndrumare şi control au continuat să reprezinte până la căderea regimului

---

aplica sancţiuni disciplinare corespunzătoare atât personalului sanitar care răspunde direct pentru deficienţele constatate cu prilejul controlului şi consemnaţi în acest material (secţiile pediatrie Vadu Lat şi Bolintin Vale, dispensarele comunale Bucşani şi Bolintin Vale), cât şi şefii ierarhici direcţi ai acestora, pentru îndrumare, control şi sprijin ineficient şi fără conţinut a personalului din subordine". AMS, fond DAM-OMCT, 5/1987, nenumerotat.

1. Sancţiunile puteau include întreg colectivul medico-sanitar, cum a fost cazul acţiunii de îndrumare şi control în vederea îmbunătăţirii indicilor demografici în judeţul Mehedinţi din 13-16 aprilie 1987. Printre unităţile sanitare verificate cu ocazia acestei acţiuni s-a numărat şi dispensarul medical comunal Prunişor. Deficienţele grave înregistrate în urma verificării (lipsa celor mai elementare norme de igienă, imposibilitatea acordării primului ajutor, absenteismul medicilor în timpul orelor de program) au dus la sancţionarea disciplinară a întregului colectiv din cadrul dispensarului pentru „superficialitate în muncă şi abateri grave de la metodologia obligatorie în acţiunile majore de sănătate publică", iar unui medic i s-a suspendat detaşarea pe postul respectiv, fiind somat să se prezinte la postul pe care fusese repartizat iniţial. AMS, fond DAM-OMCT, dosar 18/1987, nenumerotat.
2. Un alt caz de sancţiune disciplinară a fost consemnat în urma acţiunii de îndrumare şi control desfăşurată la spitalul orăşenesc Urziceni din 1 septembrie 1987. Cu această ocazie au fost semnalate o serie de deficienţe grave, printre care şi cazul asistentei Ionescu Lucreţia. Aceasta păstra pilulele care alcătuiau tratamentele medicamentoase ce urmau a fi administrate direct pe noptieră şi administrase toate tratamentele injectabile celor opt paciente internate în secţie cu aceeaşi seringă. Pentru această neglijenţă, asistenta vinovată a fost sancţionată cu retragerea a două clase de retribuţie timp de trei luni. Cu această ocazie au fost atenţionaţi şi responsabilii direcţi ai secţiei de ginecologie, şeful de secţie, asistenta-şefă, dar şi medicul epidemiolog din centrul sanitaro-epidemic. AMS, fond DAM-OMCT, dosar 5/1987, nenumerotat.

comunist o componentă principală a planului de îmbunătăţire a indicilor demografici. Deplasările frecvente ale unui număr important de specialişti din centrele universitate, conduşi de nume importante ale Ministerului Sănătăţii, aveau în opinia noastră un scop mai mult propagandistic decât lucrativ. În urma analizei evoluţiei mortalităţii infantile, a numărului de avorturi şi a natalităţii, nimic nu ne face să credem că recomandările venite din partea organelor de control au influenţat în mod real evoluţia indicilor demografici.

Luciana M. Jinga

Capitolul 3

Colegiile de disciplină ale personalului sanitar

Introducere

În momentul în care vorbim de legătura dintre represiune şi politica demografică, primele trei instituţii la care ne raportăm sunt, în ordine, Ministerul de Interne, Ministerul Justiţiei şi Procuratura. În perioada analizată a existat însă şi un al patrulea organism, care juca rolul unui tribunal pentru personalul medico-sanitar, creat iniţial ca o comisie de etică pentru întreg sistemul sanitar şi transformat ulterior în instrument de coerciţie, controlat politic, pus în slujba politicii demografice.

Capitolul este împărţit în trei secţiuni. Prima vizează înfiinţarea, organizarea şi funcţionarea colegiilor medicilor şi farmaciştilor (atât organul central, cât şi structurile judeţene) şi adoptarea codurilor de deontologie medicală. O a doua parte urmăreşte transformarea acestora în colegii de disciplină ale personalului sanitar şi implicarea în politica demografică, urmând ca, în final, să prezentăm activitatea acestora, ilustrată cu exemple din şedinţele desfăşurate în special în perioada anilor ’80. În această secţiune vom efectua o analiză cantitativă asupra sancţiunilor dictate de colegiile de disciplină, care mergeau de la mustrare până la interzicerea dreptului de practică a meseriei.

Înfiinţarea Colegiului Medicilor şi Farmaciştilor

Nu întâmplător ideea înfiinţării unui organism instituţional de apărare a eticii profesionale şi a deontologiei medicale apare aproximativ în aceeaşi perioadă cu înfiinţarea altor două instituţii fundamentale pentru proiectul demografic, Comisia Naţională de Demografie şi Consiliul Sanitar Superior. Toate aceste instituţii îşi au originea în *Directivele CC al PCR privind asistenţa medicală în RSR*[1], document adoptat în urma dezbaterilor din şedinţa CEx al CC al PCR, din 18 iunie 1968[2] şi a Plenarei CC al PCR, desfăşurată între 24 şi 25 octombrie 1968[3]. Discuţiile premergătoare cu privire la înfiinţarea unui Colegiu al

1. *Directivele Comitetului Central al Partidului Comunist Român cu privire la îmbunătăţirea asistenţei medicale a populaţiei din Republica Socialistă România*, Editura Politică, Bucureşti, 1968, p. 16.
2. ANIC, fond CC al PCR, secţia Cancelarie, dosar 103/1968, ff. 9-58.
3. Vezi Protocolul nr. 6 al şedinţei plenare a Comitetului Central al PCR din zilele de 24/25 octombrie 1968, ANIC, fond CC al PCR, secţia Cancelarie, dosar 103/1968, ff. 166-289. Vezi

Medicilor şi Farmaciştilor au loc în paralel cu iniţiativa unei noi organizări a Ministerului Sănătăţii şi a adoptării în perspectivă a unei noi legi sanitare.

Ideea înfiinţării sau a reînfiinţării unui asemenea organism era cu siguranţă mult mai veche. Primele referiri datează încă din 1966, când pe ordinea de zi a şedinţei Comitetului Executiv al CC al PCR din data de 2 august s-a aflat Studiul cu privire la asistenţa medicală a populaţiei din RSR şi măsuri de îmbunătăţire. Este aceeaşi şedinţă preliminară în care se ia decizia interzicerii avortului. Trebuie menţionat faptul că în niciun moment al dezbaterilor sau al discuţiilor ulterioare nu a fost invocată o legătură între criminalizarea avortului şi crearea colegiilor de disciplină. Scopul enunţat de fiecare dată era acela de a combate mercantilismul din rândul personalului medical şi abaterile de la deontologia profesională, altele decât cele de natură penală, ignorarea bolnavilor, condiţionarea acordării asistenţei medicale, incompetenţa.

Alexandru Bârlădeanu susţinea în cadrul şedinţei crearea unui organism deontologic : „Toată lumea ştie că pentru o operaţie se iau bani, chiar dacă te duci la oricare spital. În afară de măsuri administrative, ştiu că în alte ţări există acest corp medical care supraveghează moralitatea şi comportarea medicilor în exerciţiul profesiunii lor. Să nu recurgem numai la sancţiuni administrative date de Ministerul Sănătăţii. Poate însuşi corpul medical respectiv să examineze astfel de cazuri”[1]. Iniţiativa vine şi pe fondul discuţiilor pentru creşterea retribuţiilor în sistemul sanitar şi dezvoltarea unui sistem de cointeresare a medicilor.

În evoluţia sistemului sanitar românesc, o astfel de instituţie a funcţionat încă din 1874, odată cu publicarea Legii sanitare ce prevedea, la art. 66, că abaterile comise de medicii acestor aşezăminte se judecă de colegiul medicilor fiecărei administraţiuni[2]. Ulterior, *legea sanitară şi de ocrotire* din 1935 instituie două organisme, un *colegiu al medicilor* şi un *colegiu al farmaciştilor*[3]. La data de 17 aprilie 1940 este publicată Legea pentru organizarea Colegiului Medicilor[4]. Este interesant faptul că instituţia nu a fost concepută iniţial ca organism represiv îndreptat împotriva personalului sanitar, ci, mai curând, ca unul de protejare a intereselor acestuia, sancţiunile date fiind, de asemenea, un mijloc de păstrare a prestigiului profesiei[5]. Odată cu instaurarea regimului de democraţie populară, Colegiul Medicilor a fost desfiinţat prin Decretul nr. 17 din 19 ianuarie 1950.

şi „Analiza stării de sănătate a populaţiei, perfecţionarea organizării reţelei sanitare şi îmbunătăţirea asistenţei medicale în Republica Socialistă România”, *Muncitorul sanitar*, anul XX, nr. 44 (960), miercuri, 30 octombrie 1968.

1. ANIC, fond CC al PCR, secţia Cancelarie, dosar 102/1966, f. 12.
2. Alina Şuta, Oana Tămaş *et al.*, *Legislaţia sanitară în România modernă (1874–1910)*, Editura Presa Universitară Clujeană, Cluj-Napoca, 2009, p. 80.
3. Legea sanitară şi de ocrotire, publicată în *Monitorul Oficial*, nr. 140, 22 iunie 1935.
4. Promulgată prin Înaltul Decret Regal nr. 1343, publicat în *Monitorul Oficial*, nr. 92 din 17 aprilie 1940. Vezi *Buletinul Ministerului Sănătăţii şi Ocrotirilor Sociale*, anul XLV, nr. 5, mai 1940.
5. Principalele atribuţii stipulate în articolul 2 erau : a) de a veghea la aplicarea legilor şi regulamentelor care organizează şi reglementează exerciţiul profesiunii, precum şi la respectarea principiilor de deontologie medicală ; b) de a sprijini orice acţiune de ridicare şi de progres a culturii medicale ; c) de a stabili norme pentru reglementarea onorariilor şi a fixa minimum de retribuţiune pentru medicii care sunt angajaţi de instituţii particulare ; d) de a arbitra la cererea simultană a părţilor diferendele dintre medici şi instituţiunile particulare sau particulari ; e) de a crea şi sprijini instituţiuni de prevedere şi asistenţă pentru medici şi familiile lor ; f) de a colabora cu autorităţile de resort la rezolvarea problemelor sanitare în care are competenţă tehnică.

Aducerea în discuţie a instituţiei care a funcţionat în România interbelică prezintă importanţă din perspectiva organizării unui astfel de organism în perioada comunistă. În privinţa scopului, organizării şi atribuţiilor se păstrează mare parte din modelul interbelic. Ca şi în cazul Consiliului Sanitar Superior, crearea Colegiului Medicilor se înscrie pe linia revalorizării unor instituţii de tradiţie ale sistemului medical românesc, dar şi a despărţirii treptate de modelul sovietic al organizării sănătăţii. De altfel, în discuţiile purtate mai întâi în CEx al CC al PCR la 18 iunie 1968, iar apoi în Plenara din 24-25 octombrie 1968, se invocă în permanenţă modelul antebelic. Aurel Moga afirma în cadrul şedinţei din 18 iunie : „Noi am mai avut înainte astfel de comisii şi au dat rezultate. Ne gândim că ar fi bine ca aceste comisii să se numească comisii de etică profesională, aşa cum au fost înainte de 1940, şi să funcţioneze ca o comisie activă”[1].

În susţinerea afirmaţiei privind părăsirea modelului sovietic de organizare medicală se poate observa invocarea cu obstinaţie a modelului occidental al unor instituţii similare, Ordinul Naţional al Medicilor din Franţa, Asociaţia Medicilor Americani din SUA, sau a unui model de cod deontologic medical existent într-un stat socialist nealiniat ca Iugoslavia. Chiar şi în elaborarea proiectului de lege privind ocrotirea sănătăţii în RSR, alături de Directivele CC al PCR, documentele de pornire erau legile sanitare şi codurile din 1899, 1930, 1935 şi 1943[2].

În România postbelică, până în 1970, controlul intern al personalului sanitar era normat de Decretul 212/1953[3], dar şi de anumite prevederi ale Codului Penal şi Civil, ale Codului Muncii, regulamente de organizare şi funcţionare ale unităţilor sanitare, statute ale Uniunii Generale a Sindicatelor din România (UGSR) sau ale Uniunii Societăţilor de Ştiinţe Medicale (USSM). De asemenea, el era asigurat de către echipele de control obştesc şi organizaţiile sindicale. Însă, aşa cum se susţine într-un document elaborat de Ministerul Sănătăţii, necesitatea apariţiei unui asemenea organism rezidă în lipsa elucidării şi sancţionării unor abateri aflate la limita dintre disciplinar şi penal[4].

În contextul discuţiilor pentru elaborarea unei noi legi de organizare sanitară reapare în discuţie problema moralităţii corpului medical. Foarte vehement este Nicolae Ceauşescu, care afirmă în şedinţa CEx al CC al PCR din 18 iunie 1968 : „Eu aş da dreptul de control sindicatelor asupra felului cum se asigură asistenţa sanitară şi dacă luăm numai problema aceasta care a fost ridicată de tov. Dumitru Popescu, a spiritului mercantilist care aproape a devenit de masă, nu sunt cazuri izolate, a devenit un fenomen de masă acest spirit şi faţă de care nici ministerul, nici sindicatele, nici partidul, nici organele locale n-au luat nicio poziţie”[5].

Chiar ministrul Sănătăţii, Aurel Moga, recunoaşte problemele personalului sanitar : „A devenit o practică să se plătească bacşişuri mari”. Acesta susţine că abaterile

1. ANIC, fond CC al PCR, secţia Cancelarie, dosar 103/1968, f. 17.
2. Vezi *Lista actelor normative care au fost studiate în vederea elaborării anteproiectului Legii privind ocrotirea sănătăţii în Republica Socialistă România*, AMS, fond Cabinet 1, dosar 38/1968, nenumerotat.
3. Decretul nr. 212 din 13 mai 1953 privind reglementarea profesiunii de medic, publicat în *Buletinul Oficial al RPR*, nr. 16, din 16 mai 1953.
4. *Expunere de motive cu privire la înfiinţarea Colegiului medicilor şi farmaciştilor în Republica Socialistă România*, AMS, fond Cabinet 1, dosar 9/1968, nenumerotat.
5. *Ibidem*, f. 53.

medicilor, altele decât cele penale, „trebuiesc analizate de o comisie de specialişti cu o conduită morală şi o ireproşabilă pregătire profesională. Ei trebuie să analizeze şi să propună ministerului sancţiunea pe care o consideră potrivită”[1]. Iniţiativa urmărea plasarea organismului în subordinea Societăţii de Ştiinţe Medicale.

Faţă de eficienţa unei astfel de instituţii, Nicolae Ceauşescu arăta anumite rezerve la Plenara CC al PCR din 24-25 octombrie 1968 : „Cred că nu putem să punem la îndoială eficacitatea acestui colegiu, că şi medicii şi farmaciştii vor acţiona în aşa fel ca să nu-i dea de lucru acestui colegiu, dar în acelaşi timp vom alege în acest colegiu asemenea oameni cu o ţinută morală care să fie în stare, puşi în faţa unor încălcări de către unii din colegii lor, a normelor eticii medicale, să aplice măsurile corespunzătoare”[2].

Analiza stării de sănătate şi a asistenţei medicale a populaţiei în RSR – 1968 este primul document elaborat de către Ministerul Sănătăţii care face referire la înfiinţarea unui Colegiu al Medicilor şi Farmaciştilor, *organ de disciplină profesională înscris în linia tradiţiilor corpului medical*[3]. Colegiul este proiectat în completarea activităţii USSM şi UGSR şi trebuia să prevină şi să sancţioneze : întârzierea sau refuzul de a efectua îngrijirile medicale, condiţionarea acordării asistenţei medicale de acordarea de recompense materiale, nepăsarea faţă de suferinţa omului bolnav, indisciplina în muncă, lipsa de grijă şi spirit gospodăresc faţă de bunuri, dezinteresul pentru creşterea nivelului profesional[4]. În paralel, urma a fi elaborat şi adoptat un cod de deontologie medicală şi farmaceutică. Totodată, era un organ profesional ce trebuia să apere prestigiul corpului medical şi farmaceutic.

Instituţia tutelară urma a fi Asociaţia Medico-Farmaceutică, o organizaţie profesională ce prelua atribuţiile USSM. În proiectul de decret privind organizarea şi funcţionarea Ministerului Sănătăţii erau prevăzute trei mari organisme : un Colegiu Central Deontologic, Colegiul Ministerului Sănătăţii, Consiliul Sanitar Superior şi Institutul Central al Cercetării Medicale[5]. La rândul său, acest colegiu central urma a fi compus din structuri judeţene, care păstrau forma de organizare de la nivel central.

Ultima mare dezbatere în care este prezentată iniţiativa reînfiinţării Colegiului Deontologic a fost Consfătuirea pe ţară a cadrelor medico-sanitare, desfăşurată la data de 23 aprilie 1969[6].

În organizarea instituţiei erau prevăzute trei etape. În prima etapă, până la 30 octombrie 1969, au fost înfiinţate Comisia Centrală a Colegiului Medicilor şi Farmaciştilor şi Comisia Colegiului Medicilor şi Farmaciştilor din municipiul Bucureşti şi comisiile din centrele universitare Cluj, Iaşi, Timişoara şi Târgu Mureş. Într-o a doua etapă, până la 30 decembrie 1969, au fost înfiinţate comisiile judeţene ale Colegiului Medicilor în oraşele reşedinţă de judeţ, foste centre de regiuni până la reorganizarea administrativă din 1968. În final, în cursul anului 1970 au fost cuprinse şi celelalte reşedinţe de judeţ.

Articolul 22 din Decretul nr. 452/1969 privind organizarea şi funcţionarea Ministerului Sănătăţii prevedea că „pentru asigurarea respectării normelor de etică profesională în

1. *Ibidem*.
2. ANIC, fond CC al PCR, secţia Cancelarie, dosar 103/1968, f. 286.
3. ANIC, fond CC al PCR, secţia Cancelarie, dosar 179/1968, f. 109.
4. ANIC, fond CC al PCR, secţia Cancelarie, dosar 179/1968, f. 98.
5. *Ibidem*, f. 135.
6. AMS, fond Cabinet 1, dosar 57/1968, nenumerotat.

exercitarea profesiunilor medico-sanitare, Ministerul Sănătăţii este ajutat de Colegiul Medicilor şi Farmaciştilor din cadrul Uniunii Societăţilor de Ştiinţe Medicale"[1].

În paralel, un colectiv de specialişti a elaborat un cod de deontologie medicală şi farmaceutică însuşit de Ministerul Sănătăţii şi USSM. Acesta conţinea 73 de articole grupate în 11 capitole, conţinând norme fundamentale de etică profesională, cum ar fi comportamentul faţă de bolnavi, familiile lor, susţinători legali sau colegi, prevederi ce nu puteau fi cuprinse într-un regulament disciplinar[2].

Organizarea şi funcţionarea Colegiului Medicilor şi Farmaciştilor

Acestea erau reglementate în 52 de articole grupate în 7 capitole, ce trasau strict competenţele şi activitatea instituţiei, atribuţiile colegiilor, îndatoririle etice ale medicilor şi farmaciştilor (comune şi separate), cercetarea cazurilor (cercetarea preliminară, înfăţişări şi dezbateri), măsurile punitive, hotărâri şi căi de atac[3].

Colegiile medicilor şi farmaciştilor se pliau pe structura organizatorică a Uniunii Societăţilor de Ştiinţe Medicale, în subordinea căreia erau plasate. Astfel, la nivelul de conducere al USSM, funcţiona un Colegiu Central, format din 21 de membri titulari şi 4 membri supleanţi aleşi pe 5 ani, dintre care cel puţin 3 farmacişti, iar la nivelul filialelor funcţionau colegiile judeţene şi un colegiu pentru municipiul Bucureşti, formate din 9-15 membri titulari şi 2-3 membri supleanţi, tot cu un mandat de 5 ani. Membrii Colegiului Central erau delegaţi la Conferinţa USSM şi confirmaţi de Colegiul Ministerului Sănătăţii, în timp ce membrii colegiilor judeţene erau delegaţi la Conferinţa filialei USSM şi confirmaţi de comitetele executive ale Consiliilor Populare. Conducerea era asigurată de un preşedinte (preşedintele USSM), un vicepreşedinte şi un secretar.

Între principalele atribuţii, stipulate la art. 7, menţionăm:

a) ajută Ministerul Sănătăţii în asigurarea respectării îndatoririlor etice de către cadrele medicale şi farmaceutice de pe întreg cuprinsul RSR.
b) sprijină păstrarea prestigiului corpului medical şi farmaceutic, luând măsuri, în cazuri justificate, faţă de orice acţiuni de lezare a acestuia;
c) ajută cadrele medicale şi farmaceutice să cunoască, să-şi însuşească şi să respecte principiile eticii profesiunilor medicale şi farmaceutice;
d) sprijină organele administrative sau judiciare, la cererea acestora, în rezolvarea cauzelor privind abateri sau infracţiuni săvârşite de medici sau farmacişti[4].

În privinţa îndatoririlor etice, art. 12 consemnează obligaţia medicului de a *refuza prestarea oricărei activităţi, dacă sunt solicitaţi pentru săvârşirea unui act medical ilegal (avort, eutanasie etc.)*.

1. Decretul nr. 452 din 22 mai 1969 privind organizarea şi funcţionarea Ministerului Sănătăţii, publicat în *Buletinul Oficial al RSR*, nr. 59, din 22 mai 1969.
2. *Notă privind organizarea Colegiului Medicilor şi Farmaciştilor din Republica Socialistă România*, AMS, fond Cabinet 1, dosar 6/1969, nenumerotat.
3. *Regulamentul privind organizarea şi funcţionarea colegiilor medicilor şi farmaciştilor*, AMS, fond Cabinet 1, dosar 6/1969, nenumerotat.
4. *Ibidem*.

Măsurile punitive ce puteau fi dictate de Colegiul Central şi de colegiile judeţene, stipulate în art. 49, erau : admonestarea, blamarea în colegiu, blamarea în faţa colectivului de muncă din secţie sau serviciu, blamare în faţa personalului medico-sanitar din unitate, blamare în faţa reprezentanţilor personalului medico-sanitar din localitate, blamare în faţa reprezentanţilor personalului medico-sanitar din judeţ. Pentru încălcări ale dispoziţiilor legale de natură administrativă sau penală urmau a fi sesizate organele abilitate.

Toate prevederile regulamentului, mare parte derivate din Jurământul lui Hipocrate, sunt axate pe considerente morale. Cel puţin în privinţa formei adoptate în 1970 nu putem identifica o legătură directă între apariţia instituţiei şi necesitatea unei stricte supravegheri a personalului medical din perspectiva politicii demografice. De altfel, pe parcursul dezbaterilor sau în documentele oficiale, problema a fost abordată doar în direcţia stabilirii unor norme etice care să limiteze mercantilismul în rândul personalului sanitar. Pentru cazurile de medici implicaţi în întreruperi ilegale de sarcină existau reglementări de natură penală. Conform Decretului nr. 771/1966[1], în cazul în care cel condamnat pentru infracţiunea de avort făcea parte din personalul medico-sanitar, el primea, pe lângă pedeapsa privativă de libertate, şi interdicţia exercitării profesiei pe o durată de la 2 la 10 ani. Însă această interdicţie era dictată tot de instanţă, Colegiul Medicilor neavând nicio atribuţie legală în acest sens.

Situaţia urma să se schimbe încă din primii ani de funcţionare. În România, anul 1971 reprezintă începutul unor transformări profunde la nivelul societăţii româneşti, în sensul unei restalinizări, al blocării mişcării timide de liberalizare şi al consolidării puterii politice a lui Ceauşescu. Vizita efectuată în China şi Coreea de Nord, în mai 1971, îi dezvoltă liderului comunist obsesia controlului societal după modelul asiatic, documentul programatic ce a stat la baza acestei transformări, *Tezele din iulie*, fiind redactat în spiritul celor mai pure principii jdanoviste[2]. Primul dintre principiile documentului, adoptat de CPEx al CC al PCR în iulie 1971 şi apoi de Plenara din 3-5 noiembrie 1971, viza „ridicarea continuă a rolului conducător al partidului în toate domeniile activităţii politico-educative, creşterea răspunderii şi exigenţei organelor şi organizaţiilor de partid în îndrumarea întregii munci de educare a maselor, desfăşurată prin intermediul tuturor mijloacelor de influenţare politică şi al factorilor de culturalizare de care dispune societatea noastră”.

Sistemul sanitar era şi el vizat, prin conducerile unităţilor, organele sindicale şi colegiile medicilor şi farmaciştilor care trebuiau să contribuie la educarea masei de muncitori în domeniul şi în spiritul respectării disciplinei muncii, a normelor de etică profesională şi intransigenţa faţă de abaterile de la această linie. Nicolae Ceauşescu afirma la Consfătuirea de lucru a activului de partid din 1971 : „este necesar să se înţeleagă clar, de către toată lumea, că tovarăşii care sunt puşi să conducă oricare sector de activitate, sunt promovaţi ca oameni politici şi trebuie să pună în primul plan lupta pentru înfăptuirea politicii partidului în domeniul respectiv, pentru ca toţi cei cu care lucrează ei să cunoască şi să-şi însuşească temeinic linia politică a partidului[3].

1. *Decretul nr. 771/1966 din 29 septembrie 1966 pentru modificarea codului penal*, ANIC, fond Consiliul de Stat – Decrete, dosar 771/1966, f. 2.
2. Vladimir Tismăneanu, *Stalinism pentru eternitate. O istorie politică a comunismului românesc*, Editura Polirom, Iaşi, 2005, p. 242.
3. Nicolae Ceauşescu, *Expunere la Consfătuirea de lucru a activului de partid din domeniul ideologiei şi al activităţii politice şi cultural educative, 9 iulie 1971*, Editura Politică, Bucureşti, 1971, p. 59.

În aceste condiţii, prima instituţie chemată să pună în aplicare aceste principii în domeniul sanitar a fost Consiliul Sanitar Superior, care, treptat, îşi dezvăluie principala menire, aceea de a înfăptui politica partidului în domeniul său de activitate.

Chiar de la începutul anului 1972, între principalele obiective ale ministerului figura analizarea strictă a dosarelor persoanelor condamnate pentru întreruperea cursului sarcinii, care solicitau revenirea în sistem ; în cazul reîncadrării, activitatea acestora urma a fi atent supravegheată[1].

Totodată, în 1972, mergând pe linia inaugurată în iulie 1971, CSS înaintează spre aprobare Ministerului Sănătăţii un plan de măsuri ce viza întreg sistemul sanitar[2]. Dezbătut şi aprobat în şedinţa Colegiului Ministerului Sănătăţii din 13-14 ianuarie 1972, acesta a fost adoptat printr-un ordin de ministru două luni mai târziu[3].

Devine evident faptul că programul de măsuri reflectă în totalitate litera şi spiritul „tezelor din iulie", atât în privinţa ideologizării acestui sector, cât şi a înăspririi controlului politic. Pentru prima dată apare în terminologia utilizată în documentele interne formularea *etică medicală socialistă*. Astfel, punctul trei al programului din 1971 prevedea *generalizarea experienţei pozitive, a realizărilor şi atitudinilor înaintate, cât şi pentru combaterea activă a stărilor de lucruri negative*[4], transpusă în programul de măsuri menţionat prin : reintroducerea înmânării festive a diplomei de medic şi depunerea jurământului medical, ocuparea funcţiei de medic şef de secţie sau serviciu, precum şi a celei de asistentă sau soră-şefă, numai de către cadre competente şi cu *înalt grad de conştiinţă socialistă*, acordarea de premii celor care dau dovadă de spirit de sacrificiu şi abnegaţie, popularizarea exemplelor pozitive prin gazeta *Muncitorul sanitar*, acordarea de ordine, distincţii, medalii etc.

Însă cea mai vizată instituţie de programul de măsuri din 1972 a fost fără îndoială Colegiul Medicilor şi Farmaciştilor. Alături de rolul educativ-propagandistic care-i revenea în stabilirea unei tematici de etică profesională pentru predarea în învăţământul mediu profesional, universitar şi postuniversitar, organizarea de acţiuni educative (colocvii, dezbateri, şedinţe), informarea întregului corp medico-sanitar în mod permanent asupra cazurilor pozitive, ca şi a cazurilor flagrante de încălcare a normelor etice şi deontologice şi măsurile administrative şi penale luate, Colegiului Medicilor urmau a-i fi sporite atribuţiile coercitive. Astfel, până la data de 31 decembrie 1972, Colegiului Judeţean urma a-i fi legiferat dreptul de a hotărî excluderea pentru anumite abateri din structura proprie şi interdicţia exercitării profesiei pe teritoriul judeţului, iar Colegiului Central – dreptul de a decide interzicerea exercitării profesiei la nivel naţional[5].

1. *Principalele obiective ale activităţii Ministerului Sănătăţii pe anul 1972* (document datat 10 ianuarie 1972), AMS, fond Cabinet 1, dosar 9/1972, nenumerotat.
2. *Program de măsuri privind îmbunătăţirea activităţii în domeniul eticii şi deontologiei medicale*, AMS, fond Ordine MS, dosar 3/1972, ff. 66-79.
3. Vezi Ordinul ministrului Sănătăţii nr. 127/15 martie 1972 privind aprobarea programului de măsuri privind îmbunătăţirea activităţii în domeniul eticii şi deontologiei medicale.
4. Nicolae Ceauşescu, *Propuneri de măsuri pentru îmbunătăţirea activităţii politico-ideologice, de educare marxist-leninistă a membrilor de partid, a tuturor oamenilor muncii, 6 iulie 1971*, Editura Politică, Bucureşti, 1971, p. 10.
5. AMS, fond Ordine MS, dosar 3/1972, f. 73.

Colegiul Medicilor şi Farmaciştilor se transformă treptat într-o instituţie cu rol de control şi coerciţie, posibila contribuţie la proiectul demografic fiind imediat sesizată de către conducerea politică.

Activitatea desfăşurată în perioada 1971-1978

Conferinţa pe ţară a Colegiului Medicilor şi Farmaciştilor, desfăşurată în data de 8 decembrie 1973, a constituit prilejul prezentării bilanţului primilor trei ani de activitate. Pentru anul 1973 erau consemnate peste o sută de sancţiuni dictate împotriva unor cadre medicale şi farmaceutice, cele mai frecvente cauze fiind : lipsa de solicitudine faţă de bolnavi, greşeli şi atitudini nedeontologice faţă de colegi, incompetenţă, alcoolism etc.[1]

În ceea ce priveşte combaterea infracţiunilor de avort, este prezentată colaborarea cu organele de Procuratură, Miliţie şi presă. Cele mai multe situaţii au fost constate la Arad şi Timiş, de altfel zonele cu cel mai mare număr al avorturilor spontane la nivel de ţară.

Reproşurile aduse instituţiei vin tocmai din perspectiva unei slabe implicări a acesteia în dezbaterea cazurilor de întreruperi ilegale de sarcină. Este creată astfel o confuzie asupra rolului comisiei şi al raportării la personalul medical condamnat pentru întreruperi de sarcină, în această privinţă ea neavând nicio atribuţie legală. Suspendarea calităţii de medic era o decizie exclusivă a instanţei de judecată, singura competenţă stipulată de regulamentul de organizare şi funcţionare fiind analiza cazurilor în scopul popularizării exemplelor negative şi al creării unei opinii de masă împotriva lor. Reîncadrarea în sistem a persoanelor cu specialitatea obstetrică-ginecologie, condamnate penal pentru întreruperi ilegale de sarcină, urma să se facă numai cu acordul şi după discutarea cazului în Colegiul Medicilor. Anual, instituţia centrală elabora un material cu prezentarea tuturor cazurilor de încălcări ale prevederilor Decretului nr. 770/1966 şi organiza dezbateri în secţiile spitalelor şi unităţilor ambulatorii, rolul fiind, în mod evident, unul exemplificator şi moralizator. Aceleaşi organisme erau implicate în analizarea evoluţiei indicatorilor demografici şi propunerea de măsuri pentru redresarea acestora, dar şi pentru „antrenarea cadrelor medicale în evoluţia favorabilă a indicatorilor demografici”[2].

Începând cu anul 1973, în principalele obiective ale activităţii ministerului pe anul următor, document aprobat prin ordin al ministrului Sănătăţii, figurau acţiunile Colegiului Medicilor şi Farmaciştilor de popularizare în rândul personalului sanitar a normelor de etică profesională[3].

1. AMS, fond Cabinet 1, dosar 15/1972.
2. *Informare a Colegiului Medicilor şi Farmaciştilor din 8 iulie 1974*, AMS, fond Cabinet 1, dosar 15/1972, nenumerotat.
3. Vezi *Principalele obiective ale activităţii Ministerului Sănătăţii pe anul 1974*, aprobate prin Ordinul ministrului Sănătăţii nr. 668 din 29 decembrie 1973, AMS, fond Cabinet 1, dosar 3/1973, nenumerotat.

În noile *Instrucţiuni de aplicare a Decretului 770/1966*, adoptate în 1974, se stabileşte pentru Colegiile Medicilor şi Farmaciştilor obligaţia de a „prelucra cu toţi medicii din judeţ sau din municipiul Bucureşti toate cazurile de personal medico-sanitar de pe teritoriul respectiv care au efectuat întreruperi ilegale de sarcină”[1].

Chiar şi în aceste condiţii, conducerea politică manifestă o tot mai mare neîncredere în activitatea instituţiei, lipsa de eficienţă fiind în viziunea acestora legată de numărul tot mai mare de medici implicaţi în întreruperi ilegale de sarcină.

Încă de la şedinţa inaugurală a Consiliului Sanitar Superior din 1975, Nicolae Ceauşescu se arăta nemulţumit de evoluţia sporului natural al populaţiei, pe care o pune pe seama „abuzurilor şi uşurinţei cu care unii medici aprobă şi uşurează întreruperea de sarcină”[2]. Aproape concomitent, Colegiul Central solicită fiecărui judeţ să analizeze eficienţa activităţii cadrelor medicale prin raportare la evoluţia indicatorilor demografici şi, în ultimă instanţă, la creşterea sporului natural al populaţiei, urmărindu-se cu precădere cele trei mari aspecte : evoluţia întreruperilor de sarcină, decesele materne şi mortalitatea infantilă.

Un raport prezentat şi discutat în şedinţa Biroului Executiv al Consiliului de Conducere al Ministerului Sănătăţii din 31 martie 1977 prezintă activitatea colegiilor medicilor în cei şase ani de la înfiinţare[3]. Conform documentului, în cei zece ani de aplicare a decretului peste 200 de medici şi mai bine de 1.000 de cadre sanitare medii au fost condamnaţi penal pentru întreruperi ilegale de sarcină. În raport cu atribuţiile legale, Colegiul Medicilor a realizat în această perioadă „acţiuni variate de prevenire a unor asemenea fapte, de înfierare şi desolidarizare faţă de cei care, comiţând asemenea fapte, nu merită titlul de medic”[4]. Acţiunile de prevenire s-au limitat la organizarea de simpozioane, conferinţe, dezbateri, mese rotunde, având ca temă întreruperile ilegale de sarcină şi consecinţele medicale şi sociale. Acţiunile desfăşurate de multe ori în secţiile spitalelor consemnau prezenţa reprezentanţilor Miliţiei şi Procuraturii, a organizaţiilor de femei şi tineret. În oraşele cu un număr ridicat de avorturi, precum Bucureşti, Vaslui, colegiile medicilor participau la procese publice împreună cu tribunalele, Miliţia şi Procuratura.

Cu toate acestea, raportul este autocritic, semnalând numeroase probleme de activitate şi organizare, multe dintre ele legate de superficialitate, lipsa unei strânse colaborări cu organele de partid şi de stat. Colegiul Medicilor solicită Ministerului Sănătăţii reorganizarea propriei instituţii prin adoptarea unui nou regulament de organizare şi funcţionare, propunere susţinută şi de către Ministerul Sănătăţii, în noua structură urmând a fi cooptaţi reprezentanţi ai oamenilor muncii din producţie, ai organizaţiilor de masă şi obşteşti[5].

---

1. *Instrucţiunile nr. 27 din 17 ianuarie 1974 de aplicare a Decretului 770/1966 pentru reglementarea întreruperii cursului sarcinii, pentru rezolvarea avortului incomplet şi îmbunătăţirea asistenţei medicale de obstetrică-ginecologie*, AMS, fond Ordine MS, dosar 1/1974, f. 15.
2. Nicolae Ceauşescu, *România pe drumul construirii societăţii socialiste multilateral dezvoltate*, vol. 12, Editura Politică, Bucureşti, 1975, pp. 78-79.
3. AMS, fond DCCPI, dosar 13/1977, nenumerotat.
4. *Ibidem*.
5. *Program de măsuri cu privire la îmbunătăţirea asistenţei medicale a populaţiei*, 12 octombrie 1977, AMS, fond Cabinet 1, dosar 12/1977, nenumerotat.

Transformarea în colegii de disciplină

Restructurarea instituţiei se petrece odată cu adoptarea Legii nr. 3/1978, care stabileşte noi criterii de organizare a colegiilor medicilor şi farmaciştilor, devenite colegii de disciplină a personalului sanitar. Simultan are loc trecerea Colegiului Central de Disciplină în subordinea Ministerului Sănătăţii, iar a structurilor judeţene în subordinea direcţiilor sanitare.

Noile sancţiuni acordate de către colegiile de disciplină pentru abaterile de la normele de etică şi deontologie medicală, precum şi pentru alte abateri ce aduc atingere prestigiului profesiunii, erau : avertismentul în faţa colegiului de disciplină ; avertismentul în faţa personalului sanitar din colectivul de muncă din unitate ; mustrare cu avertisment, cu aducerea sancţiunii la cunoştinţa întregului personal sanitar din localitate sau judeţ ; mustrarea cu avertisment în faţa Colegiului Central de Disciplină, cu aducerea sancţiunii la cunoştinţa întregului personal sanitar[1]. Alte sancţiuni mai grave vizau : desfacerea contractului de muncă, suspendarea dreptului de exercitare a profesiei. În cazurile de suspendate a dreptului de exercitare a profesiei numai Colegiul Central se putea pronunţa, decizia urmând a fi aprobată de către Ministerul Sănătăţii. Singura instituţie de apel pentru judecarea contestaţiilor era Consiliul Sanitar Superior[2]. De altfel, CSS urmărea îndeaproape activitatea instituţiei, efectuând anual analize asupra metodelor şi a formelor de lucru, asupra stării disciplinare a medicilor, abaterilor de la etica profesională etc. Importanţa structurii reorganizate este subliniată şi de faptul că organizarea şi funcţionarea erau aprobate prin decret al Consiliului de Stat şi nu prin hotărâre a Consiliului de Miniştri.

Noul regulament de organizare şi funcţionare este mult mai aplicat şi mult mai tehnic decât precedentul[3]. Conţinând 17 articole, structurate în 5 capitole, acesta prezintă schimbări importante, atât la nivelul organizării, cât şi al atribuţiilor. Faţă de configuraţia anterioară, Colegiul Central Sanitar era format din 51 de membri titulari (faţă de 21) şi 6 supleanţi, aleşi pe termen de 5 ani. Diferenţa majoră este reprezentată însă de structura profesională a acestora, alături de medici şi farmacişti intrând în componenţa colegiului şi personal sanitar cu pregătire superioară, personal sanitar mediu, jurişti, reprezentanţi ai uniunii sindicatelor şi reprezentanţi ai muncitorilor. Colegiile judeţene aveau aceeaşi organizare, dar numărul membrilor era la jumătate faţă de organismul central. Mai poate fi notată pătrunderea pentru prima dată a unui reprezentant al sindicatelor din unităţile sanitare în structurile de conducere. Această prevedere, alături de prezenţa reprezentanţilor oamenilor muncii în componenţa comisiilor, reprezenta o formă de control instituţional şi de blocare a posibilităţilor de acoperire, muşamalizare a unor cazuri, dar şi de intervenţie în procesul decizional. Este de menţionat faptul că preşedinte al Colegiului Central de Disciplină până în 1989 a fost nimeni altul decât controversatul Vasile Predescu, şeful clinicii de psihiatrie a spitalului „Gheorghe Marinescu”, cu un doctorat în URSS, implicat în represiunea psihiatrică[190].

1. Vezi art. 80 din Legea nr. 3 din 6 iulie 1978 privind asigurarea sănătăţii populaţiei, publicată în *Buletinul Oficial al RSR*, nr. 54/10 iulie 1978.
2. *Ibidem*.
3. *Regulament de organizare şi funcţionare a colegiilor de disciplină a personalului sanitar*, AMS, fond DCCPI, dosar 5/1978, nenumerotat.
4. Ioan Cucu, Toma Cucu, *Psihiatria sub dictatură. O carte albă a psihiatriei comuniste româneşti*, Piatra Neamţ, 2005.

Noile atribuţii ale comisiilor de disciplină, atât centrale, cât şi judeţene, erau :

a) apără prestigiul profesiunii personalului sanitar şi iau măsuri faţă de orice manifestare de natură să lezeze acest prestigiu ;
b) asigură şi supraveghează respectarea de către personalul sanitar a normelor de etică profesională şi deontologie medicală, dezvoltă opinia de masă împotriva celor care încalcă aceste norme ;
c) iniţiază acţiuni în vederea cunoaşterii comportamentului şi abaterilor de ordin profesional ale personalului sanitar, pune aceste abateri în discuţia colectivelor de oameni ai muncii din unităţile sanitare şi adoptă măsuri disciplinare, potrivit legii ;
d) stabilesc comisii de specialişti care să analizeze din punct de vedere profesional abaterile de la normele de etică şi deontologie medicală în vederea aplicării măsurilor prevăzute de lege ;
e) sprijină organele administrative şi cele de urmărire penală, la cererea acestora, în rezolvarea cazurilor de abateri sau infracţiuni săvârşite de personalul sanitar ;
f) exercită orice alte atribuţii stabilite prin dispoziţii legale.

Baza legală a funcţionării comisiilor de disciplină până în 1986 a fost Legea nr. 3/1978 şi acest regulament adoptat de către Colegiul Central de Disciplină, însă neaprobat de niciun for superior.

Datele de care dispunem permit efectuarea unei analize cantitative a sancţiunilor dictate de colegiile de disciplină începând cu anul 1983. Până în acest moment, datele statistice, chiar şi acolo unde există, sunt nerelevante pentru aprecierea situaţiei de ansamblu. Chiar dacă la prima vedere noul regulament de funcţionare a colegiilor de disciplină stabilea proceduri stricte de discutare şi sancţionare a cadrelor sanitare vinovate, se constată în continuare o profundă lipsă de organizare, generată şi de confuzia sau necunoaşterea propriilor atribuţii. Ne referim aici la activitatea colegiilor judeţene de disciplină, a căror activitate era dublată de cea a direcţiilor sanitare judeţene. În ansamblu, pentru anul 1980 sunt consemnate de către colegiile de disciplină 120 de sancţiuni. Cifra nu cuprinde însă totalitatea abaterilor sancţionate ale personalului medical. O dare de seamă din 1981 semnala cazul judeţului Bacău, unde Direcţia Sanitară a aplicat peste 100 de sancţiuni, niciuna nefiind discutată în Colegiul de Disciplină al judeţului Suceava unde, din 332 de sancţiuni, doar una a fost discutată[1]. De asemenea, multe dintre colegii nu desfăşurau activitate pe motivul lipsei de personal, iar altele aşteptau sesizările făcute de Procuratură sau direcţiile sanitare. De altfel, rapoartele de activitate ale comisiilor judeţene se concentrează mai degrabă asupra activităţilor educative, simpozioane, conferinţe, dezbateri pe probleme de etică şi deontologie medicală, cum ar fi : „Responsabilitatea medicală, Dimensiunea şi etica actului medical", „Sănătatea ca problemă socială", „Etica şi comportarea deontologică în ştiinţa şi practica medicală", „Profilul moral al muncitorului sanitar", „Profilaxia riscurilor reproducerii umane" etc.[2]

Dacă în privinţa întreruperilor de sarcină atribuţiile reale ale comisiilor erau relativ confuze, poate cea mai intensă activitate a acestora a vizat analizarea cazurilor de decese materne. Deşi aceste cazuri, în majoritatea lor, erau urmarea unor avorturi provocate, de

1. *Dare de seamă privind activitatea colegiilor de disciplină a personalului sanitar în anul 1980*, AMS, fond, DCCPI, dosar 11/1982, nenumerotat.
2. *Ibidem*.

cele mai multe ori femeile ajungând în spital în faze critice, şi nu există deci o culpă medicală, se reproşau totuşi deficienţe în întocmirea foilor de observaţie, examinarea incompletă a pacientei, lipsa luării în evidenţă sau a urmăririi evoluţiei sarcinii. Într-adevăr, cifra deceselor materne prin avort era extrem de mare, de departe cea mai mare din Europa, în anul 1982 numai municipiul Bucureşti înregistrând 166 de asemenea cazuri[1]. Fără a generaliza, multe dintre aceste decese erau cauzate de temporizarea intervenţiei medicale. Interviurile realizate cu medici pun în evidenţă omniprezenţa în fiecare spital şi maternitate a unui ofiţer de Securitate, care, pentru pacientele aduse în stare gravă, condiţiona acordarea asistenţei medicale de denunţarea autorilor întreruperii de sarcină[2]. În majoritatea acestor cazuri, colegiile de disciplină consemnau în şedinţe lipsa culpei medicale.

Din totalul de 206 sancţiuni acordate de colegiile de disciplină pentru anul 1982, 82 vizau deficienţe în asistenţa medicală (57 medici şi 26 cadre medii), 88 sancţionau comportări nedeontologice, 3 erau acordate pentru luare de mită, 11 pentru eliberări nejustificate de certificate medicale şi reţete, 6 pentru consum de alcool în timpul serviciului[3]. Pentru întreruperi ilegale de sarcină au fost sancţionate doar 10 cadre medii şi un medic, deşi numărul condamnărilor penale era mult mai mare[4].

Colegiile de disciplină ale personalului medico-sanitar şi proiectul demografic

Creşterea însemnată a numărului de avorturi, în paralel cu scăderea accentuată a natalităţii, determină intervenţia conducerii politice prin sporirea atribuţiilor de control ale Consiliului Sanitar Superior. Situaţia s-a repercutat şi asupra colegiilor de disciplină, considerate de fiecare dată responsabile. Într-un sistem în care alternativa propagandei era doar coerciţia, medicul devine principalul „inamic" al *viitorului luminos al patriei*.

Primele măsuri adoptate încă din 1983 au vizat întărirea controlului asupra activităţii acestora, alături de o strictă evidenţă a medicilor sancţionaţi, Consiliul Sanitar Superior şi Ministerul Sănătăţii elaborând o metodologie strictă de raportare a sancţiunilor acordate personalului medical. Astfel, printr-o dispoziţie a ministrului Sănătăţii, toate raportările privind cazurile sancţionate de colegiile judeţene trebuiau efectuate lunar, direct ministerului, indiferent dacă au fost contestate sau nu, după un anumit tipar (pentru fiecare caz trebuiau precizate numele, prenumele, funcţia, locul de muncă, sancţiunea, motivarea şi modul de aplicare)[5]. De asemenea, în luna decembrie a fiecărui an trebuia organizată o şedinţă de bilanţ a activităţii, toate actele discutate, precum şi procesul verbal al şedinţei, fiind trimise ministerului.

1. Vezi *infra*, „Mortalitatea maternă în România, 1966-1989".
2. Vezi *infra*, „Implicarea Ministerului de Interne în politica demografică".
3. *Informare privind activitatea colegiilor de disciplină*, AMS, fond DCCPI, dosar 11/1982, nenumerotat.
4. Vezi *infra*, „Legislaţia penală privind avortul. Cazuri în instanţă".
5. *Adresa nr. 68 din 12 iulie 1983 a Colegiului Central de Disciplină a Personalului Sanitar pentru colegiile judeţene de disciplină a personalului sanitar*, AMS, fond DCCPI, dosar 11/1982, nenumerotat.

Programul de măsuri adoptat de CSS în data de 24 septembrie 1983[1] implica şi colegiile de disciplină în sarcina de „reducere cu 30% a numărului de avorturi" prin „sancţionarea cu asprime a personalului sanitar implicat în efectuarea de avorturi ilegale, mergându-se până la ridicarea definitivă a dreptului de a profesa sau deferirea acestora organelor de urmărire penală"[2].

În cadrul şedinţei Comitetului Politic Executiv al CC al PCR din 3 martie 1984, Nicolae Ceauşescu declara: „Activitatea medicului trebuie apreciată după câte naşteri are, nu după întreruperile de sarcini, cu cât are mai multe întreruperi de sarcină, cu atât trebuie considerată ca necorespunzătoare activitatea pe care o desfăşoară. (…) Cauza principală este că medicii şi-au făcut o sursă de profituri pe seama populaţiei şi ţării şi asemenea medici trebuie sancţionaţi, trebuie să li se ridice calitatea de medic. Trebuie să punem capăt acestor oameni iresponsabili care nu trebuie să mai practice medicina"[3].

Alexandrina Găinuşe, viceprim-ministru al guvernului şi preşedinte al Consiliului Sanitar Superior, întăreşte opinia liderului comunist: „Răspunderea trebuie să fie deosebită, iar activitatea medicilor să fie apreciată după numărul de naşteri, după felul cum contribuie la creşterea natalităţii"[4].

Poziţia lui Nicolae Ceauşescu va declanşa o adevărată ofensivă împotriva medicilor, cu precădere a celor integraţi în sectorul obstetrică-ginecologie. Raportul Plenarei Consiliului Sanitar Superior, de o virulenţă fără precedent, înfierează cu aceeaşi mânie proletară a anilor '50 categoria medicilor, considerată iresponsabilă pentru lipsa de acţiune în combaterea practicilor ilegale de întrerupere a sarcinii efectuate de către colegi, aceştia fiind, la rândul lor, catalogaţi ca „distrugători ai vieţii", „criminali", „distrugători ai populaţiei care periclitează viitorul naţiunii"[5].

În toate planurile de măsuri ale acestei perioade care vizează sistemul sanitar se regăseşte invariabil aceeaşi sarcină pentru colegiile de disciplină, „de a acţiona pentru întronarea în toate compartimentele activităţii sanitare a ordinii, disciplinei şi respectării normelor eticii şi echităţii socialiste"[6].

Poate fi notată alăturarea şi recurenţa a două cuvinte omniprezente în societatea românească de până în 1989, pornind de la discursurile preşedintelui şi până la cea mai mică formă de organizare infiltrată politic. Cuvintele „ordine şi disciplină" reprezentau mai mult decât simple clişee propagandistice. Obstinaţia repetării celor două cuvinte

1. *Program de măsuri pentru creşterea natalităţii şi asigurarea sporului natural al populaţiei*, AMS, fond, DCCPI, dosar 23/1983, nenumerotat
2. *Ibidem*.
3. ANIC, Fond CC al PCR, Secţia Cancelarie, dosar 12/1984, fila 29.
4. *Ibidem*.
5. *Raport cu privire la cauzele care au determinat scăderea sporului natural al populaţiei şi măsurile ce se impun a fi luate de Consiliul Sanitar Superior, Ministerul Sănătăţii şi Comisia Naţională de Demografie, în vederea îmbunătăţirii indicatorilor demografici*, AMS, fond DCCPI, dosar 17/1984, nenumerotat.
6. *Program de măsuri pentru aducerea la îndeplinire a orientărilor şi indicaţiilor date de tovarăşul Nicolae Ceauşescu, secretarul general al Partidului Comunist Român, a hotărârilor de partid şi legilor ţării cu privire la planul naţional unic de dezvoltare economico-socială pe anul 1985 şi planului pe 1986, lichidarea lipsurilor, recuperarea rămânerilor în urmă şi introducerea unui spirit riguros de ordine şi disciplină în Ministerul Sănătăţii şi unităţile din subordine*, AMS, fond Cabinet 1, dosar 1/1985, nenumerotat.

poate contura, pe de o parte, obsesia controlului societal a liderului comunist şi a inoculării în rândul populaţiei, începând chiar din şcoală, a necesităţii respectării regulilor, iar, pe de altă parte, pune în evidenţă exact opusul celor două concepte, dezordinea şi indisciplina fiind în fapt reacţia populaţiei faţă de numeroasele constrângeri la care era supusă.

Rolul colegiilor de disciplină era acela de a „demasca" duşmanul naţiunii, necontând atât de mult sancţiunea, cât expunerea publică, ce avea în primul rând un rol propagandistic-moralizator. Astfel, eficienţa unui colegiu era în primul rând una cantitativă, creşterea numărului sancţiunilor fiind prezentată de fiecare dată la capitolul realizări. La o privire de ansamblu asupra deciziilor de penalizare a unor cadre medicale, se poate identifica o legătură directă între acestea şi înăsprirea politicii demografice în anii '80 şi, mai cu seamă, în a doua lor jumătate. Dacă în 1976 doar 96 de cadre erau sancţionate de către colegiile judeţene, numărul acestora creşte la 120 în 1980 şi la 206 în 1983. Măsurile adoptate, începând cu 1983, au dus la o creştere accelerată a sancţiunilor, 505 în 1983, 475 în 1984, 700 în 1985, 872 în 1986, 1031 în 1987, urmând ca, în 1988, să se înregistreze un maximum de 1.100 de cadre medicale penalizate[1].

Suspendarea dreptului de exercitare a profesiei

Suspendarea dreptului de practică reprezintă maximul de sancţiune disciplinară ce putea fi acordată în sistemul medical.

Totuşi, acordarea acestei sancţiuni comportă două semnificaţii. Putem vorbi, pe de o parte, de o sancţiune penală complementară, iar, pe de altă parte, de o sancţiune disciplinară, reglementată prin Statutul personalului sanitar şi Legea nr. 3/1978.

În primul caz, conform Decretului nr. 771/1966, art. 483[1] „în cazul în care cel care a săvârşit infracţiunea prevăzută de articolul 482 face parte din personalul medico-sanitar, instanţa va pronunţa interdicţia exercitării profesiei pe o durată de la 2 la 10 ani"[2].

Astfel, conform modificărilor aduse Codului Penal din 1966, suspendarea exercitării profesiei era o măsură obligatorie pentru personalul medico-sanitar condamnat, instanţa de judecată reprezentând singurul for care putea decide durata suspendării exercitării profesiei. Codul Penal modificat în 1968 introduce, în secţiunea „Pedepse complementare", şi interzicerea dreptului „de a ocupa o funcţie sau a exercita o profesie de natura aceleia de care s-a folosit condamnatul pentru săvârşirea infracţiunii" pentru o perioadă de cel puţin doi ani[3]. Aplicarea acestei sancţiuni nu era obligatorie şi îl viza doar pe medic şi nu întreg personalul sanitar.

În ceea ce priveşte sancţiunea disciplinară, Legea nr. 3/1978 dă pentru prima dată posibilitatea Colegiului Central de Disciplină să hotărască asupra propunerilor cu privire la suspendarea dreptului de practicare a profesiei. Parcursul instituţional pornea de la

1. Date colectate din mai multe documente din Arhiva Ministerului Sănătăţii, în special dări de seamă asupra activităţii colegiilor de disciplină.
2. Decretul nr. 771 din 29 septembrie 1966 pentru modificarea Codului Penal, ANIC, fond Consiliul de Stat – Decrete, dosar 771/1966, ff. 1-3.
3. Art. 64, *Codul penal al Republicii Socialiste România*, Editura Politică, Bucureşti, 1968, pp. 35-36.

colegiile judeţene, care dezbăteau cazurile în şedinţe lunare sau trimestriale, înaintând propunerile Colegiului Central. Acesta urma a se pronunţa pentru sau împotriva aplicării pedepsei. Toate propunerile trebuiau aprobate de conducerea Ministerului Sănătăţii.

Până în 1984 nu am putut identifica niciun caz de suspendare a dreptului de exercitare a profesiei pentru chiuretaje ilegale. Cel mult au putut exista propuneri venite de la colegiile de disciplină, dar rămase fără rezultat, fiind clasate la Colegiul Central ori neaprobate de către minister. Totodată, colegiile judeţene de disciplină nu reprezentau o structură aflată la baza ierarhiei. Ele funcţionau pe baza datelor furnizate de alte organisme, colegii deontologice, existente la nivelul fiecărei unităţi sanitare. Pe acest traseu, pornind de la colegiile spitalelor şi până la Ministerul Sănătăţii, existau numeroase posibilităţi de evitare sau muşamalizare a cazurilor. Mai mult, sunt extrem de întâlnite situaţiile în care medici condamnaţi pentru întreruperi de sarcină, după eliberarea din penitenciar, cer reîncadrarea în sistem, de cele mai multe ori solicitarea fiind avizată pozitiv. Se observă astfel, dincolo de complicitatea de breaslă, şi o conştientizare a faptului că un chiuretaj efectuat unei femei, care ar fi recurs în orice condiţii la o întrerupere de sarcină, nu putea constitui o abatere de la esenţa jurământului medical depus. Sigur, nu vorbim aici de transformarea unor astfel de practici în surse de venit, situaţii destul de des întâlnite. În anul 1982, dintr-un total de 206 sancţiuni, doar 17 erau acordate pentru întreruperi de sarcină, dintre acestea majoritatea constând în mustrare cu avertisment în faţa personalului sanitar al judeţului, iar cele mai grave (recidivă) erau sancţionate cu transfer disciplinar.

Propunerile de suspendare erau discutate în şedinţă numai după pronunţarea unei sentinţe judecătoreşti. Putem cita cazurile M. Cornel, oficiant sanitar în comuna Cristian, B. Mihai – oficiant sanitar în policlinica din Predeal, T.M., medic de medicină generală în dispensarul urban din Braşov, B. Ana, soră medicală în cadrul Laboratorului de Sănătate Mintală Braşov, sancţionaţi cu mustrare cu avertisment în faţa întregului personal sanitar al judeţului pentru întreruperea ilegală a sarcinii, toţi patru având şi condamnări penale. Condamnarea penală nu a însemnat totodată privaţiune de libertate. Astfel, adoptarea Decretului nr. 218/1977 stabileşte ca, în majoritatea cazurilor, pentru pedepse mai mici de 5 ani, executarea pedepsei să se facă prin muncă, fără privare de libertate, în unitatea în care acesta este încadrat[1].

Situaţia se schimbă abia în momentul în care Nicolae Ceauşescu contestă vehement reîncadrarea în sistemul sanitar a persoanelor condamnate şi solicită în mod expres anularea titlului de medic pentru acestea[2]. Întreruperea cursului sarcinii devine „acţiune antinaţională, antisocială" care „împiedică dezvoltarea normală a poporului"[3]. Hotărârea CPEx din decembrie 1984 impunea Ministerului Sănătăţii şi colegiilor de disciplină ca, împotriva cadrelor medicale şi a personalului sanitar implicat în efectuarea de întreruperi ilegale de sarcină, să se adopte măsuri severe şi ferme, scopul fiind în primul rând unul preventiv.

1. „Decretul nr. 218 din 17 iulie 1977 privind unele măsuri tranzitorii referitoare la sancţionarea şi reeducarea prin muncă a unor persoane care au săvârşit fapte prevăzute de legea penală", în *Buletinul Oficial al RSR*, Partea I, nr. 71, din 17 iulie 1977.
2. ANIC, Fond CC al PCR, Secţia Cancelarie, dosar 12/1984, fila 29.
3. Hotărârea Comitetului Politic Executiv al CC al PCR cu privire la creşterea răspunderii organelor şi organizaţiilor de partid, organelor de stat şi cadrelor medico-sanitare în înfăptuirea politicii demografice şi asigurarea unui spor corespunzător al populaţiei, decembrie 1984, ANIC, Fond CC al PCR, Secţia Cancelarie, dosar 12/1984, file 70-72.

Este momentul în care colegiile judeţene încep să facă primele propuneri de suspendare a dreptului de exercitare a profesiei, de regulă finalizate cu un ordin al ministrului Sănătăţii de punere în aplicare a sancţiunii, primele cazuri fiind înregistrate încă din ianuarie 1985.

Unul dintre primele cazuri este cel al unei surori medicale de la dispensarul întreprinderii „Libertatea" din Cluj-Napoca, recidivistă, autoare a 36 de provocări de avort în perioada 1982-1984. Trimisă în judecată la 12 octombrie 1984, aceasta a fost condamnată de Judecătoria Cluj-Napoca pentru 13 dintre ele la câte 2 ani pentru fiecare faptă, plus un an pentru tentativă de întrerupere a cursului sarcinii[1]. Infracţiunile pentru care a fost condamnată intrau însă sub incidenţa Decretului nr. 290/1984[2], fiind graţiată. Încă din data de 27 noiembrie 1984, în timp ce se afla în cercetări, directorul Direcţiei Sanitare Cluj, cu avizul Comitetului Sindical al instituţiei, desface contractul de muncă al acuzatei. La data de 30 ianuarie 1985, DSJ Cluj propune Colegiului Judeţean de Disciplină „suspendarea profesiei de soră medicală", care, după ce primeşte aviz pozitiv, este înaintată Colegiului Central de Disciplină a Personalului Sanitar, la data de 6 februarie 1985. După discutarea cazului în şedinţa din 23 aprilie 1985, preşedintele Colegiului, Vasile Predescu, înaintează hotărârea de suspendare a dreptului de exercitare a profesiei Ministrului Sănătăţii, Victor Ciobanu, care finalizează procesul prin emiterea Ordinului nr. 159[3].

Cazul prezentat este unul dintre cele mai grave sancţionate de către Colegiul Central. Suspendarea exercitării profesiei era acordată pe termen nelimitat, chiar şi pentru o singură întrerupere a cursului sarcinii. Pentru complicitate la infracţiunea de avort, suspendarea era limitată la un termen de 2 ani.

Analizând cantitativ numărul suspendărilor dreptului de exercitare a profesiei, se poate observa o creştere semnificativă pentru anii 1985-1987, perioada de maximă severitate a măsurilor pronataliste restrictive. Astfel, dacă în anul 1985 doar pentru 8 cadre medico-sanitare a fost aplicată pedeapsa maximă, iar în anul 1987 numărul sancţiunilor a fost de 9, anul 1987 înregistrează un maximum de 24 de cadre medicale cărora li s-a ridicat dreptul de a profesa[4]. Aceste date nu apar în statisticile interne ale Ministerului Sănătăţii şi, cu atât mai puţin, în rapoartele trimise Comitetului Central. Informările Consiliului Sanitar Superior şi ale Ministerului Sănătăţii privind îmbunătăţirea indicatorilor demografici, adresate conducerii de partid, se limitează la a rezuma activitatea colegiilor de disciplină prezentând acţiunile educativ-propagandistice. În ceea ce priveşte sancţiunile acordate personalului medico-sanitar pentru întreruperi ilegale de sarcină, niciodată nu sunt prezentate cifre, ci doar unu, două cazuri concrete, aceasta putând fi considerată o metodă de protecţie în interiorul breslei în faţa presiunilor politice.

Anii 1988-1989 aduc, de asemenea, o schimbare interesantă în privinţa pedepselor complementare pentru întreruperi de sarcină. În această perioadă sunt înregistrate doar

1. Vezi sentinţa penală nr. 2636 a Judecătoriei Cluj-Napoca acordată în şedinţa publică din 25 decembrie 1984, AMS, fond Ordine MS, dosar 2/1985, ff. 174-178.
2. Vezi articolul 2 din Decretul nr. 290 din 9 august 84 privind amnistierea unor infracţiuni şi graţierea unor pedepse, publicat în *Buletinul oficial al RSR*, Partea I, nr. 64, din 9 august 1984.
3. Ordin al ministrului Sănătăţii nr. 159 din 30 mai 1985 privind suspendarea dreptului de exercitare a profesiei unor cadre sanitare medii, AMS, fond Ordine MS, Dosar 2/1985, f. 168.
4. Datele prezentate sunt obţinute prin consultarea tuturor ordinelor emise de ministrul Sănătăţii în perioada 1984-1989.

două cazuri de suspendare a dreptului de exercitare a profesiei, pentru o soră medicală care a efectuat întrerupere de sarcină unei minore şi pentru un oficiant sanitar, condamnat pentru aceeaşi infracţiune la 2 ani de închisoare[1].

În data de 26 ianuarie 1988 este adoptat Decretul nr. 11, prin care toate infracţiunile pentru care a fost aplicată o pedeapsă cu închisoarea de până la 10 ani au fost amnistiate[2]. Conform articolului 4, toate persoanele eliberate urmau a fi reîncadrate în muncă. Pornind de la prevederile decretului menţionat, la data de 9 februarie 1988 Colegiul Central de Disciplină a Personalului Sanitar a reanalizat toate cazurile de suspendare a dreptului de exercitare a profesiei, dispunând încetarea măsurii, mai întâi pentru 29 de persoane[3], urmând ca, în iunie 1988, să fie ridicată sancţiunea pentru încă trei persoane[4].

Concluzii

Creat iniţial ca o instanţă ce trebuia să judece în general cazurile de malpraxis sau abaterile de la deontologia medicală (mită, condiţionarea asistenţei medicale), Colegiul Medicilor şi Farmaciştilor este transformat de puterea politică în Colegiu de Disciplină, un organism de pedepsire a oricăror abateri de la aplicarea liniei generale în domeniul sanitar şi a politicii demografice în mod special.

Pornind de la raţionamentul că scăderea natalităţii este în fapt o problemă de indisciplină în primul rând a personalului sanitar, regimul Ceauşescu dezvoltă un întreg sistem instituţional-administrativ represiv de supraveghere şi sancţionare care, alături de cel penal, trebuia să urmărească şi să pedepsească orice persoană care ar fi lezat „interesul demografic al naţiunii".

Într-un sistem în care fiecare deficienţă trebuia să aibă un responsabil, un acar Păun, vina a fost aruncată aproape în totalitate asupra medicilor, deşi aceştia participau într-o mică măsură la efectuarea de întreruperi ilegale de sarcină. Din numărul total de avorturi ilegale înregistrate, majoritatea erau provocate de însăşi femeia însărcinată sau de persoane din afara sistemului sanitar. A doua jumătatea a anilor '80 evidenţiază o revenire la practicile şi clişeele anilor '50 : medicii, cu precădere cei încadraţi în sectorul obstetrică-ginecologie, dar nu numai, deveneau sabotori ai proiectului demografic, reactualizând parcă celebrul „complot al bluzelor albe" din perioada stalinistă.

Florin S. Soare

1. Vezi Ordinul nr. 568 din 2 decembrie 1989 privind suspendarea dreptului de exercitare a profesiei unor cadre sanitare, AMS, fond Ordine MS, dosar 7/1989, nenumerotat.
2. Decretul nr. 11 din 26 ianuarie 1988 privind amnistierea unor infracţiuni şi pedepse, ANIC, fond Consiliul de Stat – Decrete, dosar 12/1988, f. 2.
3. Vezi Ordinul ministrului Sănătăţii nr. 98 din 5 aprilie 1988 privind ridicarea măsurii de suspendare a dreptului de exercitare a profesiei aplicată unor cadre sanitare, AMS, fond Ordine MS, dosar 2/1988, nenumerotat.
4. Vezi Ordinul ministrului Sănătăţii nr. 208 din 22 iunie 1988 privind ridicarea măsurii de suspendare a dreptului de exercitare a profesiei aplicată unor cadre sanitare, AMS, fond Ordine MS, dosar 3/1988, nenumerotat.

Capitolul 4

Comisia Naţională de Demografie

Introducere

Studiul de faţă urmăreşte îndeaproape prezentarea şi analizarea activităţii uneia dintre cele mai prezente instituţii în politica pronatalistă iniţiată după 1966. Fără îndoială, Comisia Naţională de Demografie a avut, cel puţin pentru perioada 1971-1983, un rol deosebit de important, nu atât la nivel decizional, căci în fapt era un paravan al conducerii politice, ci mai degrabă ca instrument de control, coordonare şi legitimare al planurilor demografice ale regimului Ceauşescu. Însă chiar în aceste condiţii putem identifica în activitatea CND o serie de aspecte pozitive, atât pentru politica demografică în ansamblu, cât şi pentru cercetarea demografică în România.

Structural, capitolul se împarte în două secţiuni, aparent fără o legătură directă, însă vitale pentru înţelegerea şi raportarea politicii nataliste româneşti la situaţia internaţională, la colaborările cu Organizaţia Naţiunilor Unite. Astfel, o primă parte va fi dedicată strict Comisiei Naţionale de Demografie, vizând aspecte legate de înfiinţarea, organizarea, desfăşurarea activităţii în perioada 1971-1989, evaluarea rolului şi gradului de implicare în proiectul demografic comunist. A doua secţiune analizează poate cel mai important eveniment internaţional desfăşurat în România în perioada comunistă, Conferinţa Mondială a Populaţiei, desfăşurată la Bucureşti în 1974, şi conotaţiile şi implicaţiile acesteia, rolul jucat de statul român în stabilirea, impunerea sau negocierea principiilor fundamentale ale *Planului Mondial de Acţiune în privinţa Populaţiei*, documentul final al conferinţei. Totodată, ne vom opri asupra demersurilor privind înfiinţarea şi activitatea Centrului Demografic al Organizaţiei Naţiunilor Unite la Bucureşti (CEDOR), inaugurat în România cu ocazia evenimentului amintit şi funcţional până la 31 decembrie 1983.

Crearea cadrului legislativ al politicii demografice de către conducerea politică după 1966, constând în reglementarea întreruperilor de sarcină, a divorţialităţii şi adoptarea unor măsuri cu caracter social, a reprezentat doar un aspect al proiectului demografic comunist. Privind în ansamblu, cea de-a doua mare direcţie de acţiune a vizat crearea unui cadru instituţional şi utilizarea reţelei existente pentru îndeplinirea obiectivelor demografice.

Aşa cum am arătat în primul volum, dacă decizia interzicerii avortului a fost una eminamente politică, o măsură pripită, generată de îngrijorarea autorităţilor centrale faţă de scăderea accelerată a natalităţii, înfiinţarea Comisiei Naţionale de Demografie avea, între altele, scopul declarat de a conferi acea fundamentare ştiinţifică măsurilor de politică demografică, fundamentare care lipsise în 1966.

Perioada 1971-1983 poate fi considerată ca una de maximă înflorire a demografiei ca ştiinţă, a sociologiei, apogeul fiind atins în 1974, odată cu organizarea de către România a Conferinţei Mondiale a Populaţiei. Fără a exclude implicarea fundamentală a politicului, putem afirma că această perioadă a permis afirmarea cercetării demografice în România la nivel intern şi internaţional, a creat un teren propice desfăşurării activităţii unor personalităţi ca Vladimir Trebici şi Vasile Gheţău sau afirmarea unei noi generaţii formate în jurul Centrului Demografic al ONU la Bucureşti (CEDOR), înfiinţat chiar în 1974.

Ne asociem opiniei sociologului american Gail Kligman, care vede Comisa Naţională de Demografie ca o interfaţă a conducerii politice în raporturile internaţionale, observaţie susţinută de intensa activitate pe lângă forurile internaţionale, în special ONU, de participarea la conferinţe, sesiuni extraordinare pe probleme de populaţie. Însă motivaţia creării acestui organism este mult mai complexă decât aceea a „legitimării candidaturii României la găzduirea Conferinţei Mondiale a Populaţiei, în 1974”[1]. Acesta din urmă s-a produs în urma unui concurs fericit de împrejurări, demersurile începând abia în luna martie 1973. Din schimbul de telegrame între Ion Datcu, reprezentant permanent al României pe lângă Organizaţia Naţiunilor Unite, şi Ion Voicu, director adjunct al Direcţiei Organizării Internaţionale, reiese că la momentul 1973, prin retragerea candidaturii din considerente politice şi organizatorice a Ciprului şi statului Costa Rica, se preconiza desfăşurarea conferinţei la unul dintre sediile ONU, cel mai probabil New York sau Geneva. Dacă evenimentul s-ar fi ţinut în afara celor două sedii ONU, statul organizator ar fi urmat să acopere toate costurile adiţionale[2]. Acesta este contextul şi momentul în care conducerea de partid împuterniceşte delegaţia Comisiei Naţionale de Demografie, aflată în SUA la lucrările celei de-a doua sesiuni extraordinare a Comisiei Populaţiei a ONU, să înainteze propunerea organizării Congresului Mondial al Populaţiei la Bucureşti[3].

Susţinem, în acest context, că motivarea înfiinţării acestui organism rezidă în însăşi necesitatea principială a conducerii politice de a da o formă unitară politicii nataliste, de a constitui un proiect demografic propriu-zis, de a-l fundamenta ştiinţific, vizând totodată obţinerea unei expertize asupra evoluţiei demografice care să ofere predictibilitate pe termen mediu şi lung.

Înfiinţarea Comisiei Naţionale de Demografie

În România, până la momentul 1971, nu a existat un organism care să se ocupe de studierea şi coordonarea problemelor demografice, singurele analize fiind întocmite de către Ministerul Sănătăţii pe diverse probleme punctuale cum ar fi starea de sănătate a populaţiei, mortalitatea generală şi infantilă, anchete asupra morbidităţii populaţiei pe cauze şi medii de locuire, însă acestea erau sporadice şi nu acopereau complexitatea fenomenului.

Ideea constituirii unui organism de stat, după model occidental, a fost prefigurată încă din 1965 într-un document al Ministerului Sănătăţii, care propune crearea a două

1. Gail Kligman, *op.cit.*, p. 103.
2. Arhiva Ministerului Afacerilor Externe (în continuare AMAE), problema 241, ONU/CES, dosar 6236/1974, ff. 1-4.
3. *Notă privind cea de-a II-a sesiune extraordinară a Comisiei Populaţiei a ONU, 19-30 martie 1973*, AMAE, problema 241, ONU/CES, dosar 6226/1974, f. 5.

instituţii, prima înfiinţată ca organ de stat şi care avea în atribuţii propunerea şi iniţierea de măsuri cu caracter demografic, şi o doua, organizată ca un institut de cercetare :

> desemnarea unui organ de stat în atribuţia căruia să intre toate problemele populaţiei şi care să facă propunerile cele mai corespunzătoare redresării natalităţii şi în general propuneri de politică demografică ; înfiinţarea, ca şi în alte ţări, a unei comisii naţionale de demografie pe lângă organul de stat respectiv, în vederea studierii fenomenelor complexe ce au loc în cadrul populaţiei ; efectuarea unei anchete reprezentative privind cauzele scăderii natalităţii, întrucât numai o asemenea anchetă poate elucida cauzele specifice ţării noastre şi le poate evalua în detaliu în vederea redresării ei[1].

Modelul propus pentru prima dintre instituţii era de inspiraţie franceză, pe prototipul Departamentului Sănătăţii şi al Populaţiei din Ministerul Afacerilor Sociale.

Studiul privind situaţia natalităţii din RSR şi propuneri de măsuri pentru redresarea natalităţii din ţara noastră, întocmit de către Ministerul Sănătăţii şi discutat în şedinţa Comitetului Executiv al CC al PCR din 2 august 1966, propune desemnarea unui organ de stat, respectiv Ministerul Sănătăţii şi Prevederilor Sociale, care, împreună cu un consiliu desemnat special, să se ocupe de coordonarea problemelor demografice şi întocmirea de planuri de măsuri pentru „îmbunătăţirea situaţiei demografice a ţării”. În componenţa consiliului ar fi urmat să intre reprezentanţi ai diverselor departamente interesate direct de problemele populaţiei. În subordinea aceluiaşi organ de stat desemnat este recomandată înfiinţarea unui centru de cercetări demografice care să aibă în atribuţii efectuarea de studii şi analize asupra fenomenelor şi tendinţelor demografice[2].

Propunerile de măsuri din studiul menţionat îl nemulţumesc pe Nicolae Ceauşescu, pentru că susţin adoptarea unor măsuri socioeconomice, fără a se referi, cu prioritate, la interzicerea întreruperilor de sarcină. Resistematizarea studiului şi noile propuneri de măsuri aduc modificări importante în ceea ce priveşte proiectarea „unui organ central administrativ şi de cercetare ştiinţifică, care să studieze în ţara noastră demografia în general, natalitatea în special şi care să pună măsurile practice de luat în teritoriu”[3]. În acest fel se indică, de la început, locul şi rolul instituţiei în cadrul proiectului demografic, prin amplasarea ei în vârful ierarhiei, chiar înaintea reglementării întreruperilor de sarcină. Politizarea instituţiei era prevăzută prin însuşi proiectatul statut al acesteia, care o făcea direct răspunzătoare în faţa partidului şi guvernului pentru eficienţa măsurilor implementate.

Materialul invocat susţine iniţierea unei politici nataliste planificate, aducând o etapizare a iniţiativelor cu caracter demografic. Modelul era evident cel al planurilor cincinale, cele trei mari etape propuse fiind 1966-1970, 1970-1975 şi după 1975. Experienţa politicii nataliste din România a demonstrat faptul că modificările majore ale legislaţiei şi ale implementării acesteia până în 1989 au coincis cu planurile cincinale de dezvoltare economico-socială ale RSR.

---

1. *Propuneri de măsuri pentru redresarea natalităţii în ţara noastră*, AMS, fond Cabinet 1, dosar 69/1966, nenumerotat.
2. *Studiul privind situaţia natalităţii din RSR şi propuneri de măsuri pentru redresarea natalităţii din ţara noastră*, AMS, fond Cabinet 1, dosar 86/1966, nenumerotat.
3. *Propuneri de măsuri pentru redresarea natalităţii în RSR*, AMS, fond Cabinet 1, dosar 86/1966, nenumerotat.

Pornind de la acest raţionament, putem afirma că, încă înainte de debutul politicii demografice ceauşiste, s-a urmărit constituirea unei suprastructuri instituţionale, subordonate politic Comitetului de Stat al Planificării.

În paralel este propusă înfiinţarea Institutului Republican de Studii Sociale şi Demografice, pus în subordinea directă a Consiliului de Miniştri şi funcţionând în paralel cu Direcţia Centrală de Statistică şi Comitetul de Stat pentru Îndrumare şi Control a Organelor Locale ale Administraţiei de Stat. Importanţa instituţiei este dată de componenţa sa : jurişti, economişti, medici, sociologi, statisticieni, specialişti şi oameni de ştiinţă în probleme juridice, specialişti în administraţia de stat, în asistenţă socială şi medicală, în probleme privind educaţia cetăţenească, sanitară, probleme de psihologie[1].

Măsurile adoptate de către conducerea politică în 1966 au un evident caracter demografic, însă nu se poate vorbi, până în prima jumătate a anilor ’70, de o politică demografică autentică, planificată şi coerentă.

Abia în 1968 revine în discuţie ideea înfiinţării unei comisii demografice, în contextul apariţiei a numeroase probleme de ordin medical, social, efecte directe ale Decretului nr. 770. Efectele negative ale măsurilor intempestive din 1966 începeau să se simtă tot mai pregnant.

În acest context, apare primul plan aplicat de constituire a unei comisii demografice, care să funcţioneze mai degrabă ca un institut de cercetare. Roman Moldovan[2], primul preşedinte al CND, transmite Ministrului Sănătăţii, Aurel Moga, în data de 30 mai 1968, un material documentar redactat împreună cu dr. Gheorghe Retegan[3] privind institutele şi cercetarea demografică în alte state, precum şi un plan de constituire a unui comitet sau a unei comisii naţionale pentru cercetarea problemelor demografice, în subordinea Academiei[4]. Acesta ar fi trebuit condus de către un preşedinte şi ar fi urmat să funcţioneze pe colective de cercetare, alcătuite din cercetători din institutele Academiei, ministere, învăţământ superior, Direcţia Centrală de Statistică, în baza unui plan de cercetare aprobat de Prezidiumul Academiei. Între atribuţiile planificate amintim :

a) analiza ştiinţifică şi multilaterală a materialelor statistice existente în ţara noastră pentru perioada 1900-1968 şi reconstituirea datelor de statistică demografică pentru secolele precedente.

b) efectuarea de cercetări demografice complexe în vederea stabilirii factorilor care condiţionează evoluţia proceselor şi fenomenelor demografice şi determinării raporturilor dintre variabilele demografice, dintre acestea şi factorii de natură economică, socială etc., cercetarea variaţiei în profil teritorial a proceselor şi fenomenelor demografice necesară planificatorului, urbanistului, medicului etc. Cercetarea acestor probleme va constitui atribuţia esenţială a organismului central. Cercetarea fertilităţii sub toate aspectele şi în conexiune cu toţi factorii asociaţi, a morbidităţii şi mortalităţii pe sexe, vârste, profesii, a evoluţiei familiei, a morbidităţii spaţiale şi sociale, vor forma problemele principale de cercetare.

c) studii asupra evoluţiei în perspectivă a mărimii şi structurii pe sexe, vârste, ramuri economice şi profesii a populaţiei, ţinând seama de rezultatele obţinute prin cercetările demografice de la b).

1. *Ibidem*.
2. Membru al Consiliului de Stat şi vicepreşedinte al Academiei de Ştiinţe Sociale şi Politice a RSR.
3. Consilier în Comisia Guvernamentală de Colaborare Economică şi Tehnico-Ştiinţifică.
4. AMS, fond Cabinet 1, dosar 25/1968, nenumerotat.

d) Prin cercetările şi studiile făcute, organismul creat ar contribui la fundamentarea politicii partidului şi guvernului în funcţie de cerinţele dezvoltării României.
e) Familiarizarea prin publicaţii a opiniei publice cu problemele demografice şi îmbunătăţirea învăţământului demografic în universităţi şi institute de învăţământ superior.
f) Asigurarea reprezentării demografiei româneşti pe plan internaţional (conferinţe, congrese, simpozioane), care, până acum, este, în comparaţie cu celelalte state socialiste, foarte slabă[1].

Şedinţa CEx al CC al PCR. din 18 iunie 1968[2] a constituit prilejul abordării acestei teme, baza discuţiei fiind constituită de un „studiu privind starea de sănătate a populaţiei din RSR”[3], ce se dorea a fi un document programatic pentru abordarea problemelor sănătăţii în cincinalul 1970-1975[4].

De această dată se proiecta un organism unic, care să cumuleze în obiectul de activitate, simultan, partea de cercetare şi cea de coordonare a programelor demografice şi care să fie constituit din reprezentanţi ai Comitetului de Stat al Planificării, Ministerului Muncii, Sănătăţii, Învăţământului, Finanţelor, Consiliului Superior al Agriculturii, Comitetului de Stat pentru Problemele Organizării Muncii şi Salarizării, Direcţiei Centrale de Statistică, Institutului de Sociologie şi Institutului de Cercetări Juridice ale Academiei RSR.

Sunt oferite exemple din statele comuniste, dar şi din cele occidentale, care au fie comitete şi comisii naţionale demografice (Franţa, Anglia, Italia, Polonia, Ungaria, URSS), fie institute de cercetări demografice (Austria, Belgia, Bulgaria, Cehoslovacia, Danemarca, Grecia)[5].

Discuţiile continuă la Plenara CC al PCR, desfăşurată între 24-25 octombrie 1968[6], moment în care sunt adoptate Directivele CC al PCR privind asistenţa medicală în RSR[7]. Una dintre directive se referă la *Hotărârea CC al PCR privind înfiinţarea Comisiei Naţionale de Demografie*, ce urma a fi plasată sub îndrumarea directă a Consiliului de Miniştri. Scopul declarat era acela de „studiere a fenomenelor demografice şi a consecinţelor social-economice ale acestora, precum şi pentru elaborarea de măsuri legislative, economice şi social-culturale în vederea menţinerii unei natalităţi corespunzătoare[8].

1. AMS, fond Cabinet 1, dosar 25/1968, nenumerotat.
2. ANIC, fond CC al PCR, secţia Cancelarie, dosar 103/1968, ff. 9-58.
3. *Ibidem*, f. 122.
4. *Ibidem*, ff. 122-123.
5. *Ibidem*.
6. Vezi Protocolul nr. 6 al şedinţei plenare a Comitetului Central al PCR din zilele de 24/25 octombrie 1968, ANIC, fond CC al PCR, secţia Cancelarie, dosar 103/1968, ff. 166-289. Vezi şi „Analiza starea de sănătate a populaţiei, perfecţionarea organizării reţelei sanitare şi îmbunătăţirea asistenţei medicale în Republica Socialistă România”, *Muncitorul sanitar*, anul XX, nr. 44 (960), miercuri, 30 octombrie 1968.
7. *Directivele Comitetului Central al Partidului Comunist Român cu privire la îmbunătăţirea asistenţei medicale a populaţiei din Republica Socialistă România*, Editura Politică, Bucureşti, 1968, p. 16.
8. *Ibidem*.

Legislaţia privind organizarea şi funcţionarea CND

Urmărind procedura legislativă, putem observa că proiectul actului normativ a fost întocmit de către Ministerul Sănătăţii şi înaintat Consiliului de Miniştri la data de 26 februarie 1970[1]. Dezbătut în şedinţa comună a comisiilor MAN, proiectul a fost avizat favorabil, cu amendamentul includerii în componenţa comisiei Academiei de Ştiinţe Medicale[2]. Odată întrunite procedurile, proiectul a fost dezbătut în sesiunea Marii Adunări Naţionale din 18 martie 1971.

Expunerea de motive cu privire la proiectul de lege privind CND, prezentată de Vasile Vâlcu[3], argumenta, pe baza „interdependenţei dintre fenomenele social-economice şi cele demografice", complexitatea şi necesitatea „cunoaşterii multilaterale a creşterii natalităţii şi implicaţiile ei de perspectivă asupra aspectelor fundamentale ale familiei, evaluării resurselor de muncă, asigurării unei juste repartiţii a populaţiei active pe ramuri şi în profil teritorial, aspectelor socioeconomice şi demografice ale urbanizării şi sistematizării teritoriului, raportului optim dintre investiţiile demografice şi economice"[4].

Ministrul Sănătăţii, Dan Enăchescu, a susţinut în plenul Marii Adunări Naţionale, ca argument al existenţei Comisiei Naţionale de Demografie, necesitatea existenţei

> unui for unic cu rol de coordonare a măsurilor şi studiilor demografice care va putea să vină în întâmpinarea noii problematici furnizând răspunsuri aspectelor economice, psiho-sociale, legislative şi evident şi celor medicale, care pot contribui la soluţionarea obiectivelor politicii demografice. Aceasta apare cu atât mai mult cu cât dezvoltarea de perspectivă reclamă cunoaşterea tendinţelor comportamentale ale familiei şi cerinţelor ei pe plan cultural şi moral, precum şi cunoaşterea posibilităţilor de rezolvare apte să stimuleze diferenţiat şi planificat o reproducţie optimă a populaţiei[5].

Proiectul a fost adoptat cu 448 de voturi pentru şi un vot împotrivă[6].

O primă schimbare majoră faţă de propunerile anterioare apare încă din art. 1 al legii şi vizează plasarea CND în subordinea Consiliului de Stat şi nu a Consiliului de Miniştri.

Conform atribuţiilor menţionate la art. 2[7], CND este departe de a funcţiona doar ca un institut de cercetare, activitatea sa, pentru care răspunde direct în faţa Consiliului de

1. *Adresă a Cabinetului ministrului Sănătăţii nr. C1-241 din 26 februarie 1970*, AMS, fond Cabinet 1, dosar 13/1970, nenumerotat.
2. Vezi *Raportul Comisiilor MAN prezentat de către deputatul Gheorghe Vasilichi*, AMS, fond Cabinet 4, dosar 1/1975-1979, nenumerotat.
3. Membru al Comitetului Executiv al CC al PCR şi vicepreşedinte al Consiliului de Stat.
4. *Expunerea la proiectul de lege privind înfiinţarea, organizarea şi funcţionarea Comisiei Naţionale de Demografie prezentată de tovarăşul Vasile Vîlcu, vicepreşedinte al Consiliului de Stat, la Sesiunea Marii Adunări Naţionale din 18 martie 1971*, AMS, fond Cabinet 4, dosar 1/1975-1979, nenumerotat.
5. AMS, fond Cabinet 1, dosar 67/1971, nenumerotat
6. „Legea nr. 3 din 18 martie 1971 privind înfiinţarea, organizarea şi funcţionarea Comisiei Naţionale de Demografie", în *Buletinul Oficial al RSR*, Partea I, nr. 35, din 18 martie 1971.
7. a) Întocmeşte studii privind evoluţia fenomenelor şi proceselor demografice în cadrul dezvoltării economice şi sociale a ţării, în care scop : analizează modificările intervenite în structura economică şi socială şi influenţa acestor modificări asupra evoluţiei fenomenelor şi proceselor demografice ;

Stat, fiind extinsă pe trei paliere importante : partea de cercetare (studierea fenomenelor demografice cu implicaţii interne şi internaţionale), elaborarea de propuneri economice, sociale, legislative, urmărirea aplicării lor şi o componentă internaţională ce viza relaţionarea cu organisme similare şi nu numai. CND devine un instrument de evaluare, nu atât a consecinţelor, cât mai ales a eficienţei măsurilor adoptate de conducerea politică în planul creşterii natalităţii.

Conducerea era asigurată de un preşedinte şi de un număr neprecizat de membri, numiţi prin decret al Consiliului de Stat.

Importanţa şi amploarea CND este dată atât de componenţa numeroasă şi variată[1], cât şi de greutatea numelor. Toate aceste instituţii dau măsura dimensiunilor proiectului demografic iniţiat în prima jumătate a anilor '70, la care întreaga reţea instituţională a statului se vedea nevoită să participe.

Conform Decretului Consiliului de Stat nr. 197/1971, preşedinte al CND este desemnat Roman Moldovan, iar între membri putem remarca o serie de personalităţi precum Ana Aslan (prof. dr. docent, director al Institutului de Geriatrie), Octavian Berlogea (fost ministru al Sănătăţii), Ion Moraru (vicepreşedinte al Academiei de Ştiinţe Medicale), Vladimir Trebici, Gheorghe Retegan, Iosef Ionescu, dar şi politruci ca Gheorghe Stoica, Suzana Gâdea sau Lina Ciobanu. Membrii comisiei se împart pe colective de lucru, care elaborează studii şi cercetări dezbătute ulterior în plenul CND întrunit trimestrial, propunerile şi proiectele urmând a fi supuse aprobării Consiliului de Stat.

Primele modificări ale legii de organizare şi funcţionare a CND apar la sfârşitul anului 1972, odată cu publicarea Decretului nr. 547/1972[2].

---

studiază dinamica populaţiei în perspectivă şi implicaţiile acesteia asupra necesităţilor de dezvoltare a învăţământului, utilizării depline şi raţionale a forţei de muncă, producţiei bunurilor de consum, transporturilor, locurilor de agrement şi sport, precum şi asupra altor probleme legate de nivelul de trai al populaţiei ; studiază procesele de sistematizare şi urbanizare şi efectele demografice ale acestora ; b) Prezintă Consiliulului de Stat propuneri de măsuri social-economice, culturale, sanitare, legislative şi altele asemenea, în vederea promovării unei politici demografice corespunzătoare dezvoltării generale a ţării ; c) Urmăreşte aplicarea măsurilor stabilite în domeniul său de activitate, precum şi eficienţa acestora, informând Consiliul de Stat despre rezultatele obţinute ; d) Întreţine, potrivit legii, în domeniul său de activitate, relaţii de colaborare cu organizaţii similare din alte state şi cu organizaţii internaţionale la care Republica Socialistă România este parte ; e) Îndeplineşte orice alte atribuţii prevăzute de lege.

1. În componenţa comisiei intrau oameni de ştiinţă, cadre didactice şi alte cadre cu înaltă pregătire a căror activitate este legată de problemele de demografie, precum şi reprezentanţi ai Consiliului Economic, Comitetului de Stat al Planificării, Ministerului Sănătăţii, Ministerului Muncii, Ministerului Finanţelor, Ministerului Învăţământului, Comitetului de Stat pentru Cultură şi Artă, Ministerului Justiţiei, ministerului Forţelor Armate, Ministerului Afacerilor Interne, Comitetului de Stat pentru Economia şi Administraţia Locală, Direcţiei Centrale de Statistică, Academiei de Ştiinţe Sociale şi Politice, Academiei de Ştiinţe Medicale, Consiliului Central al Uniunii Generale a Sindicatelor, Consiliului Naţional al Femeilor, Uniunii Tineretului Comunist şi Uniunii Naţionale a Cooperativelor Agricole de Producţie.
2. Decretul nr. 547 din 30 decembrie 1972 pentru modificarea Legii nr. 3/1971 privind înfiinţarea, organizarea şi funcţionarea Comisiei Naţionale de Demografie, *Buletinul Oficial al RSR*, Partea I, nr. 1, din 2 ianuarie 1973.

Are loc o extindere la nivel teritorial, prin înfiinţarea comisiilor judeţene de demografie, împreună cu o comisie de demografie a municipiului Bucureşti, organizate după modelul central[1]. Politizarea nou-createlor instituţii este evidentă prin dubla lor subordonare : CND şi comitetele executive ale consiliilor populare ; preşedintele comisiei judeţene este prim-vicepreşedintele comitetului executiv al Consiliului Popular, iar componenţa comisiei este aprobată de Consiliul Popular, la cererea Comitetului Executiv.

Participarea în plan internaţional la conferinţe pe probleme de populaţie, reuniuni, simpozioane şi relaţionarea cu organisme similare, încheierea de colaborări în perioada 1971-1972 au făcut necesară transpunerea în legea de funcţionare a acestor atribuţii[2].

O ultimă modificare majoră a vizat implicarea CND în elaborarea proiectelor de acte normative şi a planurilor de măsuri ale diferitelor instituţii dacă aveau legătură cu obiectul de activitate al acesteia[3]. De exemplu, CND putea solicita Ministerului de Interne comunicarea proiectelor de acte normative sau măsuri privind politica demografică „pentru a le cunoaşte şi participa din timp la elaborarea lor”[4]. Astfel, un plan de măsuri cu privire la descoperirea infracţionalităţii pe linia întreruperilor de sarcină nu mai ţinea strict de bucătăria internă a instituţiei.

Rolul noului organism este, după cum se poate observa, unul vital pentru politica demografică, întrucât prezintă un proiect demografic viabil, autentic şi nu doar bazat pe mijloace restrictive. Rezultatele activităţii CND, cel puţin în primii ani de la înfiinţare, sunt notabile. Studiile şi cercetările au stat la baza iniţierii unor modificări legislative care au diminuat efectele nocive ale unor prevederi ale legislaţiei antiavort şi au ponderat, într-o oarecare măsură, intervenţia directă a politicului.

Astfel, una dintre primele sarcini trasate Comisiei Naţionale de Demografie a constat în elaborarea şi înaintarea către Consiliul de Stat a unor propuneri privind îmbunătăţirea legislaţiei privind reducerea limitei maxime de la 45 la 40 de ani pentru întreruperea sarcinii[5]. În paralel, CND se constituia ca un organ de control ce trebuia să monitorizeze realizarea integrală şi în termen a planului de măsuri al Comitetului Executiv al PCR cu privire la „creşterea numărului de locuri în creşe şi grădiniţe, amplasarea lor legat de locul de muncă al femeilor, domiciliul, programul, dotare, îngrijirea copiilor şi accesibilitatea” şi „studierea efectelor şi influenţei consumului excesiv de alcool asupra comportamentului în societate şi familie (dezintegrare, abandon), propuneri pentru combaterea efectelor”[6].

---

1. Vezi art. 13-17.
2. Art. 2, lit. g) Întreţine, potrivit legii, în domeniul său de activitate, relaţii de colaborare cu organizaţii similare din alte state şi cu organizaţii internaţionale la care Republica Socialistă România este parte.
3. Art. 2, lit. f) Colaborează cu ministerele şi celelalte organe centrale la elaborarea proiectelor de acte normative şi la adoptarea de măsuri care interesează domeniul său de activitate. Decretul nr. 547 din 30 decembrie 1972 pentru modificarea Legii nr. 3/1971 privind înfiinţarea, organizarea şi funcţionarea Comisiei Naţionale de Demografie, în *Buletinul Oficial al RSR*, Partea I, nr. 1, din 2 ianuarie 1973.
4. Adresa 26127/II/F a Comisiei Naţionale de Demografie către ministrul de Interne din 22 ianuarie 1980, ACNSAS, fond Documentar, dosar 10452, vol. 18, f. 46.
5. *Propuneri privind îmbunătăţirea activităţii de ocrotire a sănătăţii în RSR*, AMS, fond Cabinet 1, dosar 89/1970, nenumerotat.
6. *Ibidem*.

Anul 1973 aduce o nouă modificare în structura organizatorică şi de conducere a CND[1], în baza a două principii, cel al *conducerii colective* şi cel al *muncii colective*. La nivel de conducere, se instituie un organ colectiv de conducere, *biroul executiv*[2]. Comisia Naţională de Demografie prelua astfel modelul de organizare al Consiliului de Stat, acela al *conducerii colective*, principiu stipulat în Constituţia din 1965, art. 68. Este evident efortul permanent de legitimare al lui Ceauşescu, după Congresul al IX-lea al PCR, care invocă în permanenţă acest vechi principiu leninist pentru a se dezice de excesele perioadei dejiste. Decretele nr. 20/1969 şi nr. 76/1973[3] se înscriu pe această linie a efortului de disimulare şi creare a aparenţei democratice în conducerea ministerelor şi organelor de stat, tocmai pentru a masca centralizarea puterii politice. Sub această aparenţă, cercul decizional era restrâns în mod real la Comitetul Executiv al partidului şi, mai mult, la secretarul general al partidului.

Conducerea CND era exercitată, conform noilor reglementări, de un preşedinte şi trei vicepreşedinţi numiţi prin decret[4], în timp ce comisiile judeţene erau conduse de un preşedinte şi un vicepreşedinte.

O altă modificare importantă era legată de desfăşurarea lucrărilor comisiei şi viza împărţirea pe secţiuni de specialitate, cu atribuţii precis delimitate, în baza principiului *muncii colective*. Erau create astfel patru secţiuni de specialitate ai căror preşedinţi, împreună cu preşedintele, vicepreşedinţii şi secretarul CND, formau biroul executiv al comisiei[5]. Numărul acestora a variat între 4 şi 6. Cele patru secţiuni de specialitate iniţiale erau :

A. Populaţie – structura, mişcarea şi dezvoltare social-economică a populaţiei ;
B. Populaţie, familie, drepturile omului ;
C. Populaţie, resurse, mediu înconjurător ;
D. Populaţie – învăţământ şi educaţie, cercetare şi propagandă demografică.

Creşterea numărului comisiilor prin Hotărârea adoptată de plenul CND, la data de 15 ianuarie 1975[6], s-a realizat prin scindarea comisiilor A şi D.

---

1. Vezi Decretul nr. 563 din 20 octombrie 1973 pentru modificarea Legii nr. 3/1971 privind înfiinţarea, organizarea şi funcţionarea Comisiei Naţionale de Demografie, cu modificările ulterioare, în *Buletinul Oficial al RSR*, Partea I, nr. 166, din 25 octombrie 1973.
2. Art. 8 : Preşedintele, vicepreşedinţii şi Secretarul Comisiei Naţionale de Demografie, împreună cu preşedinţii secţiunilor de specialitate, alcătuiesc biroul executiv al comisiei. Între şedinţele comisiei, biroul executiv al acesteia exercită conducerea colectivă a activităţii operative şi asigură aducerea la îndeplinire a hotărârilor comisiei.
3. Decretul nr. 76 din 27 februarie 1973 privind conducerea ministerelor şi a celorlalte organe centrale ale administraţiei de stat pe baza principiului conducerii colective, în *Buletinul Oficial al RSR*, Partea I, nr. 22, din 4 martie 1973.
4. Conform Decretului 58/1974, aceştia erau : Lina Ciobanu, Ilie Şalapa şi Paul Nagy. Vezi Decretul nr. 58 din 27 februarie 1974 privind numirea vicepreşedinţilor Comisiei Naţionale de Demografie, în *Buletinul Oficial al RSR*, an X, nr. 27, din 5 martie 1974.
5. Regulament de funcţionare a Comisiei Naţionale de Demografie, AMS, fond Cabinet 1, dosar 25/1975-1979, p. 2.
6. *Hotărâre a Comisiei Naţionale de Demografie privind componenţa, structura şi modul de funcţionare a secţiunilor de specialitate, 15 ianuarie 1975*, AMS, fond Cabinet 1, dosar 25/1975-1979, nenumerotat.

Aceeaşi hotărâre aduce o serie de noi atribuţii, care transpun în obiectul de activitate al instituţiei transformările apărute în cursul anului 1974. Este vorba de *Planul Mondial de Acţiune în privinţa Populaţiei* şi acordul dintre RSR şi Organizaţia Naţiunilor Unite pentru crearea unui centru demografic (CEDOR). CND era împuternicită de RSR să coopereze cu noua instituţie, să recruteze bursieri pentru cursurile de specialitate şi să faciliteze legăturile de informare şi colaborare între instituţiile române interesate şi CEDOR[1].

Alte noi atribuţii vizau întocmirea *planului de propagandă şi informare în domeniul demografic*, *organizează şi conduce participarea la studii şi anchete internaţionale*[2]. CND a dispus şi de o publicaţie proprie, intitulată *Buletinul Comisiei Naţionale de Demografie*.

Activitatea în plan intern

Pentru perioada 1971-1976, se pot identifica patru mari direcţii de acţiune, trei în plan intern şi una în plan internaţional. În plan intern, CND desfăşoară o intensă activitate ştiinţifică şi informativă, iniţiind o serie de dezbateri pe diverse teme precum : *Geografia populaţiilor şi aşezărilor din România* – Iaşi ; *Raportul dintre populaţie şi dezvoltarea economico-socială* – Craiova ; *Relaţiile dintre populaţie, resurse şi mediul ambiant* – Cluj-Napoca ; *Tendinţele fenomenelor demografice şi factorii care le influenţează* ; *Populaţia, familia şi drepturile omului* ; *Probleme actuale şi de perspectivă ale pregătirii forţei de muncă* ; *Îmbătrânirea demografică a populaţiei şi despre consecinţele sale posibile* – Bucureşti[3]. Aceste manifestări au constituit, totodată, o tribună de afirmare a unor tineri cercetători.

După cum afirmam la începutul studiului, cercetarea demografică în România acestei perioade a cunoscut o puternică dezvoltare, mai ales după 1974, prin stabilirea de contacte cu şcoala demografică franceză. Alfred Sauvy, fondatorul INED (Institut National d'Études Démographiques), cel mai important institut de profil din Europa, a efectuat mai multe vizite în România, la Comisia Naţională de Demografie. Între cele mai cunoscute materiale editate în publicaţii ale perioadei, menţionăm contribuţia CND la *Anuarul Demografic al României* – 1974, precum şi apariţia, sub egida sa, a unor lucrări precum monografiile *Populaţia mondială*[4] şi *Populaţia României*[5], *Dreptul şi creşterea populaţiei în România*, *Populaţia şi dezvoltarea economico-socială*, *Populaţia României şi creşterea economică*[6] etc. Lucrările menţionate, făcând abstracţie de omniprezenta componentă politică, au constituit, în ansamblu, referinţe în cercetare demografică, un domeniu care, deşi extrem de politizat, a putut găsi resursele unei dezvoltări

1. *Ibidem*.
2. *Ibidem*.
3. Interviu cu Theodor Burghele în Ion Pavelescu, *25 de milioane. Populaţia – sursă a dinamismului economico-social*, Editura Politică, Bucureşti, 1977, p. 141.
4. Vladimir Trebici, *Populaţia mondială*, Editura Ştiinţifică, Bucureşti, 1974.
5. Comisia Naţională de Demografie, *Populaţia României* (seria CICRED), Editura Meridiane, Bucureşti, 1974.
6. *Idem*, *Populaţia României şi creşterea economică. Studii de demografie economică*, Editura Politică, Bucureşti, 1971.

considerabile cel puţin pentru perioada anilor ’70. Volumele şi studiile care abordau probleme de demografie, cu excepţia celor destinate publicului larg, care erau în fond lucrări de propagandă, erau mai puţin expuse intervenţiei factorului ideologic, poate şi datorită tehnicităţii lor. Acest lucru nu exclude funcţionarea unei autocenzuri sau inserarea constantă a referinţelor din documentele de partid, conferinţe, congrese sau discursuri ale tovarăşului Ceauşescu. Poate cea mai mare interferenţă a factorului politic cu ştiinţa demografică este regăsită în studiile şi lucrările de prognoză, care trebuiau invariabil raportate la programele şi documentele de partid în care se proclama constant atingerea cifrelor de 25 de milioane de locuitori în 1990 şi de 30 de milioane în anul 2000[1]. În ciuda prezenţei invariabile şi consistente a factorului politico-ideologic, cercetarea demografică în România a cunoscut o reală evoluţie, marcată şi de prezenţa unor specialişti ca Vladimir Trebici, Vasile Gheţău, Emil Mesaroş ş.a.

O a doua mare direcţie de acţiune a fost aceea a studierii fenomenelor demografice şi prezentarea acestor materiale Consiliului de Stat. Astfel, în baza art. 5 din Legea nr. 3/1971 republicată, au fost constituite mai multe colective de lucru conduse de specialişti ce studiau probleme precum : *consecinţele economice ale ritmului scăzut al populaţiei*, *modul în care populaţia poate deveni sursa dinamismului economico-social*, *efectele relaţiilor dintre migraţia internă şi pregătirea forţei de muncă, factorii calitativi ai mediului şi relaţia cu morbiditatea*, *mortalitatea şi fertilitatea şi factorii sociali, economici şi educativi care concură la consolidarea familiei*[2].

Activitatea comisiilor judeţene de demografie era una mai aplecată către problemele existente la nivel local, cu influenţă asupra factorului demografic : poluarea, lipsa de locuinţe, locuri în creşe şi grădiniţe, aprovizionarea populaţiei, probleme de ocrotire a mamei şi copilului[3].

Activitatea educativ-propagandistică susţinută de comisiile judeţene de demografie era una intensă, ea desfăşurându-se în licee, fabrici etc. Rolul fundamental era acela de a oferi tinerilor o educaţie pronatalistă. Tot în acest context poate fi încadrată şi iniţiativa comisiilor judeţene, care constituie pe plan local aşa-numitul „Sfat al familiei”, organism în cadrul căruia specialişti pe diverse probleme ofereau consultaţii privind dreptul familiei, sfaturi genetice, de comportament biologic-sexual[4].

Această prezentare succintă a activităţii CND pune în evidenţă importanţa instituţiei, un instrument vital al politicii demografice, o instituţie profund politizată, dar care a găsit totodată resurse pentru a contribui la atenuarea efectelor legislaţiei iniţiate în 1966, prin modificarea Decretului nr. 770 în anul 1972, în sensul scăderii limitei de vârstă de la 45 la 40 de ani pentru femeile care solicitau o întrerupere de sarcină, dacă ar fi să menţionăm unul dintre exemple.

Accentuarea tendinţelor de descreştere a natalităţii la începutul anilor ’80 a fost pusă de către regimul politic şi pe seama ineficienţei CND, dar şi a cercetării demografice în ansamblu, conducând la o marginalizare a acestora. Având în vedere precedentul 1966, măsurile legislative prohibitive şi represive apar ca soluţia optimă de redresare a indicilor

1. Vezi *Programul Partidului Comunist Român de făurire a societăţii multilateral dezvoltate şi înaintare a României spre comunism*, Editura Politică, Bucureşti, 1975.
2. Ion Pavelescu, *op.cit.*, p. 143.
3. *Ibidem*, p. 145.
4. *Ibidem*, p. 148.

de nataliate. Eclipsarea instituţiei de către Consiliul Sanitar Superior, investit cu puteri sporite, se înscrie în această nouă viziune asupra populaţiei. Este o perioadă de declin a cercetării demografice, pusă şi pe seama încetării în 1983 a activităţii CEDOR. Comisia Naţională de Demografie a continuat să funcţioneze în umbra Consiliului Sanitar Superior. Odată cu desfiinţarea Consiliului de Stat în 1989, Legea nr. 3/1971 este abrogată implicit, deşi abrogarea expresă a intervenit abia în 2004, în contextul revizuirii constituţiei din 1991[1].

Studii de caz

Conferinţa Mondială a Populaţiei – Bucureşti 1974

Politica de deschidere faţă de Occident, iniţiată de Gheorghiu-Dej în prima jumătate a anilor '60, este continuată de succesorul său care, pentru linia sa de autonomie faţă de Moscova, beneficiază de o serie de concesii din partea lumii democratice, care nu doar că nu-i contestă abuzurile şi încălcările drepturilor omului din plan intern, dar, mai mult, îi confirmă şi îi legitimează întregul experiment social iniţiat în 1966. De altfel, politica demografică iniţiată de către regimul Ceauşescu este privită, până la sfârşitul anilor '70, ca model de politică natalistă pentru statele occidentale.

Conferinţa Mondială a Populaţiei, desfăşurată la Bucureşti în luna august 1974, reprezintă pentru regimul Ceauşescu unul dintre cele mai importante momente în planul relaţiilor externe, atât prin amploare, cât mai ales prin legitimarea oferită de către Occident liderului de la Bucureşti şi politicii demografice iniţiate de către acesta. Principiile fundamentale enunţate de *Planul Mondial de Acţiune în privinţa Populaţiei* (documentul rezultat în urma conferinţei) au fost conforme cu fundamentul politicii externe româneşti din această perioadă, enunţat prin Declaraţia din aprilie 1964 şi reconfirmat la Congresul al IX-lea al PCR din 1965, acela al „neamestecului în treburile interne"[2].

Prima jumătate a anilor '70 marchează un moment important în poziţionarea Organizaţiei Naţiunilor Unite faţă de problemele populaţiei şi implicarea activă, prin organismele sale, în elaborarea unui plan de acţiune ce va ilustra viziunea despre populaţie, dezvoltare şi drepturile omului până la sfârşitul secolului XX. Este vorba de o strategie globală în privinţa populaţiei, trasarea unor principii de bază în domeniul demografic, adaptabile în funcţie de context, spaţiu, ce viza deopotrivă statele dezvoltate şi pe cele ale Lumii a Treia şi cele în curs de dezvoltare.

La nivelul ONU se regăsesc trei instituţii esenţiale implicate în două proiecte majore[3] ale anilor '70 ce vizează populaţia globală : Adunarea Generală, Consiliul Economic şi Social al ONU[4] (ECOSOC) şi Comisia Populaţiei.

---

1. Legea nr. 158 din 14 mai 2004 privind declararea ca abrogate a unor acte normative, publicată în *Monitorul Oficial al României*, nr. 467, din 25 mai 2004.
2. *Congresul al IX-lea al Partidului Comunist Român, 19-24 iulie 1965*, Editura Politică, Bucureşti, 1966, p. 85.
3. Este vorba de desemnarea Anului Mondial al Populaţiei şi organizarea unei Conferinţe Mondiale a Populaţiei.
4. Organism înfiinţat în conformitate cu Carta Organizaţiei Naţiunilor Unite, ca organ principal de coordonare a activităţii economice, sociale şi conexe ale celor 14 agenţii specializate ale ONU. Consiliul Economic şi Social (ECOSOC) serveşte ca forum central pentru discutarea problemelor

La data de 3 aprilie 1970 are loc reuniunea ECOSOC, în cadrul căreia se recomandă Adunării Generale, prin Rezoluţia 1485 (XLVIII) din 2 aprilie 1970, desemnarea anului 1974 drept „Anul Mondial al Populaţiei”[1]. În paralel se propune convocarea unei conferinţe mondiale asupra populaţiei, dedicată problemelor demografice şi relaţiei acestora cu dezvoltarea economică şi socială, *politicilor privind populaţia şi programelor de acţiune necesare pentru promovarea şi dezvoltarea bunăstării umane*[2]. Participanţii urmau a fi reprezentanţi ai statelor membre ONU şi membri ai agenţiilor speciale, consilieri tehnici şi alţi specialişti în problemele populaţiei.

Cronologic, conferinţa a fost a treia organizată de Naţiunile Unite, precedentele două desfăşurându-se la Roma în 1954 şi Belgrad, 1965[3]. Dacă la aceste două reuniuni internaţionale au participat doar specialişti, rolul esenţial fiind acela de a dezbate problemele esenţiale ale populaţiei, evenimentul desfăşurat la Bucureşti în 1974 prezintă o importanţă deosebită prin prisma caracterului său eminamente politic, atât la nivelul participanţilor, statele membre ONU fiind reprezentate la nivel guvernamental, cât şi prin finalitatea acestuia, *Planul de Acţiune*. De altfel, propunerea iniţială a ECOSOC ca la lucrările conferinţei să participe alături de delegaţiile guvernamentale şi experţi independenţi a fost respinsă de către Comisia Populaţiei, care a solicitat menţionarea expresă a exclusivităţii participării reprezentanţilor politici[4].

Mergând în aceeaşi direcţie, conferinţa a urmărit stabilirea direcţiilor de evoluţie a populaţiei pe următorii 30 de ani şi discutarea politicilor demografice ale statelor prezente.

La data de 11 decembrie 1970, Adunarea Generală a ONU, prin rezoluţia 2683 (XXV), a desemnat anul 1974 drept „Anul Mondial al Populaţiei” şi a cerut secretarului general pregătirea consultărilor cu statele membre interesate pentru organizarea celei de-a treia Conferinţe Mondiale a Populaţiei[5]. Acestea au fost continuate în anii 1971, 1972 şi au fost finalizate cu aprobarea de către ECOSOC, la 2 iunie 1972, a proiectului de program privind desfăşurarea evenimentului, de care urma a se ocupa o comisie interguvernamentală special constituită.

Totodată are loc înfiinţarea unui Comitet Internaţional de Coordonare a Cercetărilor Naţionale în Demografie (CICRED), în iunie 1971, ce reunea aproximativ 60 de directori de institute de cercetare în domeniul demografiei, cu un rol important în pregătirea conferinţei.

Anterior, evenimentul a fost precedat de patru simpozioane internaţionale pentru clarificarea mai multor probleme şi redactarea documentelor menţionate : populaţie şi dezvoltare (Cairo, 4-14 iunie 1973), populaţie, resurse şi mediu (Stockholm, 25 septembrie – 5 octombrie 1973), populaţie şi familie (Honolulu, 6-15 august 1973) şi populaţie

internaţionale economice şi sociale, precum şi pentru formularea unor recomandări de politică adresate statelor membre şi sistemului Naţiunilor Unite. http : //www.un.org/en/ecosoc/about/index.shtml

1. United Nations, *Economic and Social Council. Oficial Records. Forty-Eight Session. 12-14 January, 18 February and 23 March-3 Aprilie 1970, Resolutions. Supplement No.1*, New York, 1970, pp. 2-3.
2. *Ibidem*, p. 3.
3. United Nations, Department of Public Information, *Yearbook of the United Nations 1970*, vol. 24, New York, 1972, p. 466.
4. Jean Bourgeois-Pichat, „Congresul Mondial al Populaţiei”, în Comisia Naţională de Demografie, *Buletin de informare*, nr. 1, Bucureşti, 1973, p. 164.
5. *Ibidem*, p. 467.

şi drepturile omului (Amsterdam, 21-29 ianuarie 1974)[1]. Scopul esenţial al acestor întâlniri a fost acela de a sintetiza principalele probleme privind populaţia globală şi de a produce o expertiză ştiinţifică în privinţa trendului şi perspectivelor sale, în vederea întocmirii unui plan de acţiune. Discutarea planului de acţiune a fost inclusă pe agenda conferinţei, documentul fiind pregătit de către secretarul general al ONU împreună cu un comitet consultativ de experţi asupra strategiei populaţiei globale, redenumit ulterior Comitetul Consultativ al Experţilor Planului Mondial de Acţiune asupra Populaţiei[2].

La data de 18 mai 1973, Consiliul Economic şi Social a primit şi acceptat invitaţia României de a găzdui Conferinţa Mondială a Populaţiei în luna august 1974[3], acest lucru fiind, după sociologul Gail Kligman, o „recunoaştere oficială a rolului României în diplomaţia internaţională" şi o „legitimare implicită a politicii demografice"[4].

La 8 noiembrie 1973, autorităţile de la Bucureşti constituie un Comitet Naţional Român de organizare a Conferinţei Mondiale a Populaţiei, având ca preşedinte pe Emil Bodnăraş (vicepreşedinte al Consiliului de Stat), un prim-vicepreşedinte, Virgil Trofin (vice prim-ministru al guvernului), doi vicepreşedinţi, Gheorghe Cioară (primar general al Capitalei) şi Theodor Burghele (preşedinte al Comisiei Naţionale de Demografie) şi un secretar în persoana lui Iosef Ionescu (consilier de specialitate la Consiliul de Stat şi membru al delegaţiei care a purtat la New York tratative finale privind desfăşurarea conferinţei). În calitate de membri, 14 la număr, regăsim nume precum Dumitru Popescu, Lina Ciobanu, Suzana Gâdea, Petre Lupu, Mihai Dalea, Virginia Russ ş.a.[5]

Comisia Naţională de Demografie s-a implicat în elaborarea unor propuneri privind marcarea şi deschiderea Anului Mondial al Populaţiei în România : discurs în ianuarie 1974 pe posturi de radio şi la televiziune al lui Theodor Burghele, organizarea unei conferinţe de presă pentru jurnaliştii români şi străini, publicarea de articole de profil în ziarele şi revistele centrale şi locale, realizarea de interviuri cu personalităţi din domeniul demografiei, apariţia unui timbru tematic etc[6].

În paralel, urmau a fi organizate două evenimente, Conferinţa Internaţională a Tineretului (desfăşurată la solicitarea Comisiei Populaţiei a ONU) între 11-15 august, având ca temă *tineretul şi populaţia*, şi Tribuna Populaţiei, 18-30 august, care s-a dorit a fi un forum de discuţii asupra populaţiei deschis publicului şi experţilor. Acesta din urmă a fost iniţiat de mai multe organizaţii non-guvernamentale sub egida ONU.

Desfăşurată la Bucureşti între 19 şi 30 august 1974, Conferinţa Mondială a Populaţiei a reunit delegaţii din 120 de state, însumând aproximativ 5.000 de participanţi. Conform programului, şedinţele şi colocviile s-au desfăşurat în mai multe locaţii, între care : Sala

1. United Nations, Department of Public Information, *Yearbook of the United Nations 1973*, vol. 27, New York, 1976, p. 475.
2. United Nations, Department of Public Information, *Yearbook of the United Nations 1972*, vol. 26, New York, 1975, p. 374.
3. United Nations, *Economic and Social Council. Oficial Records. Fifty-Eight Session. 8-10 January, 17 April-18 May 1973, Resolutions. Supplement No.1*, New York, 1973, p. 22.
4. Gail Kligman, *op.cit.*, pp. 104-105.
5. AMS, fond Cabinet 1, dosar 28/1973, nenumerotat.
6. *Propuneri cu principalele acţiuni ce se vor organiza cu ocazia deschiderii Anului Mondial Al Populaţiei-1974, în ţara noastră*. ANIC, fond CC al PCR, Secţia Organizatorică, dosar 1/1974, ff. 3-4.

Palatului, Ateneul Român şi Aula Academiei. Secretar general al conferinţei a fost numit Antonio Carrilo Flores, fost ministru şi ambasador al Mexicului.

Lucrările conferinţei au fost dominate de cinci teme majore, concretizate în cinci documente, pentru fiecare punct al ordinii de zi :

1. tendinţe demografice recente şi perspective de viitor ;
2. relaţia dintre evoluţia demografică şi dezvoltarea economică şi socială (prima comisie) ;
3. relaţia dintre populaţie, resurse şi mediul înconjurător (a doua comisie) ;
4. populaţia, familia şi bunăstarea omului (a treia comisie) ;
5. planul de acţiune mondială a populaţiei (grup de lucru).

Conferinţa a constituit totodată prilejul pentru liderul politic de la Bucureşti de a-şi prezenta viziunea asupra populaţiei şi politicii demografice : „Apreciem că în politica demografică trebuie să se ţină seama de necesitatea asigurării unui raport normal între vârste, pentru a se menţine permanent tinereţea fiecărei naţiuni, vitalitatea ei, energia creatoare şi forţa de gândire a fiecărui popor”[1].

Textul final al planului adoptat conţine nu doar recomandări cu privire la natalitate, ci şi privind morbiditatea, migraţia internă şi internaţională, cercetarea în domeniul demografiei etc., fiind publicat în nr. 1 din 1975 al revistei *Population*.

Planul de acţiune în privinţa populaţiei trasa o serie de principii şi obiective asumate de către toţi participanţii. Una dintre concluziile raportului constata acceptarea formală la nivel internaţional a dreptului cuplurilor de a decide asupra numărului copiilor doriţi, deşi în practică acesta era deseori încălcat, fie în situaţia în care statul intervine cu măsuri de limitare a naşterilor (cazul Chinei), fie prin măsuri restrictive în privinţa avortului, care să ducă la o creştere a fertilităţii. Fără a exista un instrument juridic care să constrângă statele la respectarea principiului enunţat, *Planul de Acţiune* se limitează la enunţarea unei formule neutre, necesitatea „armonizării comportamentului reproductiv individual cu aspiraţiile societăţii”[2]. Mai mult, documentul stabileşte un principiu ce va justifica întreaga politică demografică a regimului Ceauşescu, acela al dreptului suveran al fiecărei naţiuni de a formula şi implementa politici privind populaţia, fără intervenţie externă şi în acord cu obiectivele naţionale[3]. Principiul se află în deplină consonanţă cu linia generală promovată de către Ceauşescu, care afirma în discursul inaugural : *pornind de la faptul că problema populaţiei reprezintă factorul determinant al progresului fiecărui popor, fiecare stat are dreptul suveran să promoveze politica demografică şi măsurile pe care le consideră cele mai potrivite, în conformitate cu interesele sale naţionale, fără niciun amestec din afară*[4].

Chiar dacă, la prima vedere, direcţiile trasate de documentul adoptat la Bucureşti sunt cât se poate de ferme, tipul de formulare prezent este mai degrabă neutru, reiterând principii ale *Cartei Naţiunilor Unite* şi *Declaraţiei universale a drepturilor omului*, respectul pentru viaţa umană, protecţia familiei, a femeii, a minorităţilor etc.

1. Nicolae Ceauşescu, *România pe drumul construirii societăţii socialiste multilateral dezvoltate. Rapoarte, cuvântări, articole. Martie-noiembrie 1974*, Editura Politică, Bucureşti, 1974, p. 577.
2. „Plan D’Action Mondial de la Population”, în *Population*, 30e Année, nr. 1, ian.-feb., 1975, p. 106.
3. *Ibidem*, p. 110.
4. Nicolae Ceauşescu, *România pe drumul construirii societăţii socialiste multilateral dezvoltate. Rapoarte, Cuvântări, Articole. Martie-noiembrie 1974*, Editura Politică, Bucureşti, 1974, p. 577.

Principiul dreptului fundamental al cuplului şi al individului „de a decide liber şi responsabil asupra numărului copiilor şi dreptul de a avea informaţie, educaţie şi mijloace" putea deveni funcţional atât timp cât în exercitarea lui se ţinea cont de „responsabilităţile faţă de comunitate". Această ultimă formulare a legitimat o politică demografică intervenţionistă prin care statul comunist le putea cere propriilor cetăţeni să contribuie la creşterea natalităţii, pornindu-se de la ideea „datoriei", „responsabilităţii" faţă de naţiune.

De altfel, discursul public din întreaga perioadă 1966-1989 abundă de formulări de tipul „înalta responsabilitate a familiei pentru fondul uman al ţării", „expresia înaltei responsabilităţi a generaţiilor de azi pentru viitorul poporului român" etc. Aşa cum se precizează la punctul 27 : „prezentul plan de acţiune recunoaşte diversitatea obiectivelor naţionale în materie de fertilitate şi nu preconizează să stabilească o normă mondială în privinţa dimensiunii familiilor"[1].

Având în vedere că anchetele demografice ale ONU estimau o scădere a populaţiei în statele dezvoltate cu mai mult de 0,7% până în 1985, statele în care evoluţia demografică se preconiza a deveni un obstacol pentru bunăstarea socială erau „invitate să adopte, în măsura în care nu au făcut-o deja, politici demografice în cadrul dezvoltării socio-economice şi compatibile cu drepturile fundamentale ale persoanei umane şi cu obiectivele naţionale şi valorile naţionale"[2]. Totodată se recomandă ca, pentru statele care intenţionează să obţină o creşte a populaţiei (cazul României), aceasta să se producă prin scăderea mortalităţii (generale şi în special materne şi infantile) şi, eventual, încurajarea creşterii fertilităţii.

În privinţa reproducerii, familiei şi statutului femeilor, sunt emise următoarele recomandări :

a) Să respecte şi să asigure, independent de obiectivele demografice, dreptul persoanelor de a decide liber, în cunoştinţă de cauză şi cu toată responsabilitatea, numărul copiilor şi locul naşterii.
b) Să încurajeze o educaţie adecvată familiilor în privinţa maternităţii şi să faciliteze accesul persoanelor la astfel de servicii.
c) Să se asigure că planificarea familială, serviciile medicale şi serviciile medicale conexe sunt menite nu doar să prevină sarcinile nedorite, ci şi să elimine sterilitatea involuntară, totală sau parţială pentru ca tuturor cuplurilor să li se permită să aibă numărul dorit de copii şi să faciliteze adopţia de copii.
d) Să recurgă în caz de necesitate la personal sanitar calificat şi auxiliar, cu extensii în mediul rural, pe canale neguvernamentale pentru a oferi servicii de planificare familială şi sfaturi despre utilizarea contraceptivelor.[3]

Pornind de la aceste principii, statele semnatare erau invitate să întocmească un plan pe zece ani de creştere a natalităţii, în condiţiile în care se confruntau cu diverse probleme demografice. Însă „nimic din aceste recomandări nu trebuie să aducă atingere dreptului suveran al guvernelor de a adopta sau nu aceste obiective cantitative"[4].

1. „Plan D'Action Mondial de la Population", în *Population*, 30e Année, nr. 1, ian.-feb., 1975, p. 115.
2. *Ibidem*, p. 113.
3. *Ibidem*, p. 116.
4. *Ibidem*, pp. 118-119.

În privinţa avortului şi contracepţiei, tonul general a fost în direcţia dreptului individului şi cuplului de a le utiliza, ei fiind singurii în măsură să decidă liber asupra numărului copiilor, aceste măsuri nefiind un mijloc de rezolvare a problemelor economice.

Conferinţa mai are o însemnătate deosebită prin recunoaşterea rolului esenţial al femeii în politicile demografice[1], enunţând pentru prima dată principiul „dreptului de a dispune de propriul corp", ce va fi consfinţit de Convenţia Europeană a Drepturilor Omului, ratificată de România abia în 1994. Astfel, punctul 43 al *Planului* stipula faptul că, „pentru ameliorarea condiţiei femeii în familie şi în societate, acesteia trebuie să i se permită, conform propriei voinţe, micşorarea dimensiunilor familiei şi de asemenea posibilitatea de a-şi planifica naşterile în funcţie de propriul statut"[2].

Centrul Demografic al ONU în România (CEDOR)

Între preocupările importante ale ONU, începând chiar din anii '50, dar mai cu seamă la sfârşitul anilor '60, s-a aflat şi promovarea demografiei prin formarea de specialişti în domeniu, prin acordarea de burse, iniţierea de cursuri de formare şi încheierea de acorduri cu diverse state pentru înfiinţarea sau subvenţionarea unor centre demografice. Cele mai cunoscute exemple de centre subvenţionate de ONU erau la nivelul anilor 1970-1975 : naţionale – Office of Population Research (Princeton – SUA) ; Population Investigation Comitee (Londra) ; Institute of Population Problems (Tokio) ; Institut National d'Études Demographique (Paris) şi internaţionale – Institute for Demographic Training and Research (IFORD – Yaoundé – Camerun, înfiinţat în 1972), Institute for Demographic Training and Research (Cairo – Egipt, 1963) ; Regional Institute for Demographic Training and Research (RIPS – Accra – Ghana, 1972) ; Latin-American Demographic Centre (CELADE – Santiago de Chile, 1958)[3].

Primele discuţii între partea română şi ONU s-au purtat cu ocazia participării României la cea de-a doua sesiune extraordinară a Comisiei Populaţiei, desfăşurată între 19 şi 30 martie 1973 la New York. În cadrul unei întrevederi cu Rafael M. Salas, directorul executiv al Fondului Naţiunilor Unite pentru activităţi în domeniul populaţiei (FNUAP), partea română face cunoscută intenţia guvernului de a înfiinţa la Bucureşti un centru internaţional pentru învăţământ şi cercetare în domeniul demografiei[4]. Esenţial în tot acest demers a fost calculul autorităţilor de la Bucureşti, care doreau obţinerea *asistenţei tehnice şi financiare* din partea Naţiunilor Unite[5]. În schimburile de telegrame cu ambasadorii României la Tokio, Londra, Washington, Paris şi în celelalte capitale unde existau organisme cu profil demografic subvenţionate de ONU, erau solicitate informaţii despre structură, salariaţi, planuri de activitate, buget şi subvenţiile primite[6].

1. Gail Kligman, *op.cit.*, p. 18.
2. „Plan D'Action Mondial de la Population", în *Population*, 30e Année, nr. 1, ian.-feb., 1975, p. 120.
3. AMAE, Problema 241, ONU/CES, dosar 6251/1974, f. 7.
4. *Ibidem*, f. 6.
5. ANIC, fond CC al PCR, secţia Cancelarie, dosar 88/1974,
6. AMAE, Problema 241, ONU/CES, dosar 6251/1974, ff. 8-14.

Pentru orice astfel de tip de acţiune, aprobarea trebuia obţinută din partea partidului, astfel că, la înapoiere, delegaţia română prezintă conducerii un raport asupra negocierilor, propunând în acelaşi timp implicarea Comisiei Naţionale de Demografie şi a Ministerului de Externe. Propunerea este aprobată la 9 aprilie 1973 de către Prezidiul Permanent al CC al PCR. Trebuie menţionat că negocierile pentru înfiinţarea centrului s-au purtat în paralel cu discuţiile privind organizarea şi desfăşurarea Conferinţei Mondiale a Populaţiei.

În cadrul unei audienţe la MAE, Alexander Rotival, reprezentant permanent al Programului Naţiunilor Unite pentru Dezvoltare (PNUD), se exprimă în favoarea unei vocaţii internaţionale a viitorului centru, criteriul latinităţii şi francofoniei jucând un rol esenţial[1].

Cu prilejul vizitei efectuate în România de către Rafael Salas în 17-20 mai şi a negocierilor purtate cu reprezentanţii Comisiei Naţionale de Demografie, a fost reiterată varianta caracterului internaţional al centrului, cu posibilitatea participării la activităţile sale a tuturor statelor interesate. Între obiectivele centrului erau menţionate : *perfecţionarea şi specializarea post-universitară în domeniul demografiei ; dezvoltarea prin abordarea multidisciplinară, a cercetării în problemele populaţiei, în cooperare cu alte instituţii româneşti şi centre similare din străinătate, şi difuzarea de informaţii în domeniul demografiei şi acordarea de asistenţă tehnică guvernelor care o vor cere*[2]. Este luată decizia constituirii unui nucleu format din trei persoane, membri ai secretariatului CND, ulterior salariaţi ai centrului, care să se ocupe de toate problemele organizatorice : alegerea, amenajarea, înzestrarea clădirii, recrutarea de cadre de specialitate etc.[3]

Crearea Centrului era un punct prioritar pe agenda Ministerului de Externe şi a Comisiei Naţionale de Demografie, instituţii însărcinate de către partid cu efectuarea demersurilor necesare, cu atât mai mult cu cât intenţia iniţială era aceea de a inaugura Centrul înainte sau chiar în timpul desfăşurării Conferinţei Mondiale a Populaţiei.

Aspectul financiar nu a fost nici el neglijat, directorul FNUAP menţionând o contribuţie iniţială de 200.000 de dolari, ce putea fi majorată în funcţie de necesităţi[4]. Tot pe cheltuiala integrală a ONU, un grup de trei specialişti români urma să efectueze vizite de documentare la diverse centre ale Naţiunilor Unite[5], în timp ce o delegaţie a FNUAP, condusă de Milos Macura, urma să facă deplasarea în România pentru a discuta fezabilitatea proiectului şi elementele unui potenţial acord.

Din discuţiile purtate în perioada 3-11 iulie, s-a convenit asupra obiectivelor centrului şi principalelor elemente de structură şi activitate pe o perioadă de cinci ani, cu

1. Vezi Nota de audienţă din 17 mai 1973. AMAE, Problema 241, ONU/CES, dosar 6251/1974, f. 16.
2. ANIC, fond CC al PCR, secţia Cancelarie, dosar 88/1974, f. 60.
3. Notă în legătură cu înfiinţarea Centrului Internaţional ONU de Cercetare, Învăţământ şi Informare în Domeniul Demografiei, 25 mai 1973. AMAE, Problema 241, ONU/CES, dosar 6251/1974, f. 47.
4. AMAE, Problema 241, ONU/CES, dosar 6251/1974, f. 26.
5. Delegaţia formată din Virginia Russ (doctor în ştiinţe medicale şi inspector de specialitate I în secretariatul CND), Vladimir Trebici (profesor ASE) şi Matei Ion (Director al Centrului de Cercetări Sociologice), membri ai CND a vizitat Centrul Latino-American de Demografie (CELADE) din Santiago de Chile şi Centrul de Demografie de la Cairo. ANIC, fond CC al PCR, secţia Cancelarie, dosar 88/1974, f. 61.

posibilitatea prelungirii. Statul român ar fi trebuit să asigure clădirea şi amenajarea ei, întreţinerea şi salarizarea personalului propriu, în timp ce FNUAP ar fi asigurat salariile pentru director, codirector şi 6-8 experţi internaţionali, 25-30 de burse, echipament, instalaţii, aparatură, dotarea unei biblioteci[1].

În cererea de asistenţă preparatorie a guvernului RSR adresată FNUAP la finalul anului 1973 şi aprobată în ianuarie 1974, sunt menţionate contribuţiile estimative ale celor două părţi pentru anul 1974 (7.500.000 lei partea română şi 212.000 de dolari ONU)[2]. În total, statul român ar fi trebuit să contribuie pentru cei cinci ani cu suma de 25 de milioane de lei, dintre care 10 milioane ar fi reprezentat valoarea prestaţiilor didactice, iar ONU cu suma de 1,8 milioane de dolari.

Secţia gospodăriei de partid, împreună cu Comitetul Executiv al Consiliului Popular al municipiului Bucureşti şi secretariatul CND, prospectează şi indică drept locaţie un imobil în strada Ana Ipătescu nr. 39 (actualul bulevard Lascăr Catargiu), ce urma a fi amenajat şi dotat astfel încât să poată deveni funcţional cu cel puţin trei luni înainte de conferinţa programată pentru luna august 1974.

În data de 9 aprilie 1974, Ferdinand Joseph Cornelius Maria Rath, sociolog olandez şi funcţionar superior al Băncii Internaţionale pentru Reconstrucţie şi Dezvoltare, este propus în funcţia de director al Centrului, propunere avizată pozitiv de către Ministerul de Interne. Sistemul de conducere era asigurat de un co-directorat, astfel că, pe lângă reprezentantul ONU, urma ca partea română să-şi desemneze un reprezentant.

Este interesant că, după iniţierea demersurilor de înfiinţare a Centrului Demografic, URSS vine cu o propunere similară către Naţiunile Unite, purtând în acest sens mai multe discuţii cu Leon Tabah, directorul diviziei populaţiei din secretariatul ONU[3].

La data de 11 iunie 1974 apare forma finală a proiectului de acord, avizată favorabil de către o serie de ministere şi instituţii[4] şi transmisă conducerii de partid, căreia i se supune spre aprobare mandatul delegaţiei române pentru negocierea acordului final.

În şedinţa Comitetului Executiv al PCR din data de 25 iulie 1974, se fac observaţii cu privire la creşterea atribuţiilor directorului român, care „nu trebuie să fie numai de formă ca director", după exprimarea Elenei Ceauşescu. Discuţii mai aprinse s-au purtat atât în privinţa acordării de privilegii şi imunităţi pentru bursierii străini, cât şi a contribuţiei financiare a statului român.

În legătură cu postul de codirector, Ceauşescu propune în această funcţie pe unul dintre directorii de la Academia de Ştiinţe Economice sau de la Academia „Ştefan

1. AMAE, Problema 241, ONU/CES, dosar 6251/1974, f. 62.
2. Vezi Nota privind negocierea proiectului de acord între guvernul RSR şi ONU privind înfiinţarea Centrului de Demografie ONU – România. ANIC, fond CC al PCR, secţia Cancelarie, dosar 88/1974, f. 32.
3. Vezi *Istoric al acţiunilor în legătură cu înfiinţarea Centrului de demografie ONU – România*, ANIC, fond CC al PCR, secţia Cancelarie, dosar 88/1974, f. 67.
4. Ministerul Finanţelor, Ministerul Justiţiei, Ministerul Educaţiei şi Învăţământului, Ministerul de Interne, Ministerul Afacerilor Externe, Consiliul Legislativ, Consiliul Naţional pentru Ştiinţă şi Tehnologie şi Institutul de Cercetări Juridice.

Gheorghiu". În cele din urmă este propus Mihai Anastasescu, fost director general adjunct al Direcţiei Centrale de Statistică şi director al Academiei „Ştefan Gheorghiu".

În legătură cu această numire, Leon Tabah întreprinde o vizită specială la Bucureşti în data de 10 noiembrie, pentru a primi lămuriri în privinţa persoanei desemnate pe postul de codirector al Centrului. Principalele probleme reieşeau din schimbul de scrisori dintre directorul Rath şi Leon Tabah, în care primul punea la îndoială experienţa lui Mihai Anastasescu în domeniul demografiei şi cunoştinţele sale de limbă franceză[1]. Propunerea a fost în cele din urmă acceptată şi de către ONU.

Acordul a fost încheiat la Bucureşti, la data de 28 august 1974[2]. Acesta prevedea şi facilităţile, privilegiile şi imunităţile pentru funcţionarii Centrului, ceea ce a impus ratificarea lui. Activitatea centrului începe odată cu adoptarea, la 21 octombrie 1974, a decretului Consiliului de Stat nr. 218[3].

Conducerea Centrului a fost exercitată de către un director, în persoana lui Ferdinand Joseph Cornelius Maria Rath, ajutat de un codirector, Mihai Anastasescu. Articolul 1 menţionează Comisia Naţională de Demografie drept instituţia împuternicită de către guvern pentru colaborarea cu Centrul. Din punct de vedere organizatoric, conform acordului încheiat, Centrul are personalitate juridică distinctă, nefiind asimilat ca un organism al Naţiunilor Unite sau al guvernului.

Centrul era administrat de către un consiliu, compus din şase membri, doi numiţi de guvern, doi de către Naţiunile Unite, un director şi un codirector. Cei din urmă asigurau conducerea Centrului, directorul fiind desemnat de Naţiunile Unite în consultare cu guvernul României, iar codirectorul de către guvernul RSR, tot prin consultare. La intervenţia RSR, în acordul semnat este inclusă prevederea consultării reciproce între director şi codirector în activităţile Centrului.

Activitatea Centrului viza trei obiective esenţiale : un program de învăţământ, activitatea de informare, oferirea de asistenţă tehnică guvernelor interesate.

Astfel, conform art.1, obiectivele şi activităţile Centrului erau :

a) Să organizeze cursuri de formare şi cercetare dirijată în domeniul demografic şi în domeniile conexe pentru stagiari provenind din ţări care ar dori să beneficieze de aceste servicii. Centrul va putea, de asemenea, să organizeze cursuri de perfecţionare pentru persoane care desfăşoară o activitate în acest domeniu sau care doresc să-şi aprofundeze cunoştinţele.
b) Să efectueze, să dirijeze şi, în consultare cu Naţiunile Unite, să publice lucrări de cercetare fundamentală şi de cercetare aplicată cu privire la tendinţele demografice şi la raporturile lor cu dezvoltarea economică şi socială ; să întreprindă lucrări de cercetare de teren la cererea guvernelor interesate (inclusiv a guvernului RSR) sau în acord cu acestea şi să publice rezultatele în consultare cu Naţiunile Unite.

1. Vezi telegrama trimisă de Ion Datcu, reprezentant permanent al RSR pe lângă ONU, trimisă adjunctului ministrului de Externe, Cornel Pacoste, în data de 25 octombrie 1974. AMAE, Problema 241, ONU/CES, dosar 6251/1974, f. 104.
2. United Nations, *Treaty Series*, vol. 1, p. 15, şi vol. 90, p. 327.
3. Vezi *Decret nr. 218 din 31 oct. 1974 pentru ratificarea acordului între guvernul Republicii Socialiste România şi Organizaţia Naţiunilor Unite privind înfiinţarea unui centru demografic la Bucureşti*. AMAE, Problema 241, ONU/CES, dosar 6251/1974, f. 108.

c) Să furnizeze informaţii şi documentaţie sau servicii consultative în domeniul demografic şi în domeniile conexe ţărilor care vor solicita aceasta, în coordonare cu celelalte servicii consultative ale Naţiunilor Unite.

Programul de învăţământ se desfăşura în două cicluri de câte aproximativ zece luni. Primul ciclu, *Demografie fundamentală şi aplicată*, viza studierea cauzelor şi consecinţelor variaţiei populaţiei. Cursurile teoretice erau completate de activităţi practice, la finalul ciclului studenţii urmând a primi un atestat[1]. Cursurile anului al II-lea, intitulat *Populaţie şi dezvoltare*, viza derularea unui program de cercetare, mai întâi în ţară, ulterior în ţările de origine ale bursierilor, sub îndrumarea Centrului şi cu acordul autorităţilor naţionale interesate.

Organizarea învăţământului avea la bază trei tipuri de finanţare : oferirea de burse pentru stagiari în vederea formării la Centru sau efectuării unor lucrări de specialitate ; cetăţeni RSR propuşi ca stagiari la Centru cu cheltuieli acoperite de statul român, şi o ultimă categorie, cercetători şi studenţi care se vor autofinanţa sau vor beneficia de finanţarea altor organisme.

Pentru prima categorie, Naţiunile Unite ofereau un număr de 20 de burse. Între cele mai importante nume de profesori care au ţinut prelegeri la cursurile CEDOR, menţionăm pe Roland Pressat, Gerard Calot, Claude Paulet şi Jean Claude Chesnais. Trebuie menţionată contribuţia esenţială a lui Alfred Sauvy şi intensa susţinere de care a beneficiat România în toată această perioadă din partea Institutului Naţional de Studii Demografice (INED) la crearea Centrului şi întreaga susţinere pe perioada desfăşurării activităţii sale[2].

Acordul încheiat la New York la 15 noiembrie 1979[3] a prelungit activitatea CEDOR pentru încă cinci ani, crescând numărul de burse oferite la 40. În ansamblu, instituţia prezintă o importanţă deosebită pentru afirmarea statului român în perioada 1974-1983, atât din punctul de vedere al cercetării ştiinţifice în domeniul demografiei, cât mai ales a deschiderii internaţionale, a colaborării cu diverse organisme.

Anii ’80 aduc un declin pe toate aceste paliere : hotărârea conducerii politice de a interveni direct în politica demografică prin înăsprirea legislaţiei, marginalizarea demografiei, puse în paralel cu criticile tot mai severe venite din exterior cu privire la abuzurile săvârşite şi închiderea faţă de Occident au prefigurat şi încetarea colaborării dintre regimul de la Bucureşti şi ONU.

CEDOR îşi încetează activitatea la 31 decembrie 1983, acordul nefiind prelungit după expirarea acordului încheiat în 1979. Gail Kligman afirmă că unul dintre pretextele desfiinţării Centrului a fost o acuzaţie de spionaj. Sigur, nu se poate vorbi de o desfiinţare

1. Alfred Sauvy, „La Conférence mondiale de la population a Bucarest : Le Centre démographique ONU-Roumanie (CEDOR)”, în *Population*, an 29, nr. 6, 1974, pp. 1005-1014.
2. Alfred Dittgen, „La diffusion des connaissances démographiques”, în *Population*, anul XLVII, nr. 6, Hommage à Alfred Sauvy, 1992, p. 1478 ; Vladimir Trebici, „L’apport de l’INED et de „Population” à la démographie roumaine : les relations démographiques franco-roumaines”, în *Population*, an. 50, nr. 6, *Cinquante années de „Population”*, 1995, p. 1392.
3. „United Nations and Romania, Agreement relating to the continuation and development of the United Nations/Romania Demographic Centre (CEDOR). Signed at New York on 15 November 1979. Authentic texts : English, French and Romanian. Registered ex officio on 1 January 1980”, United Nations, *Treaty Series*, vol. 1155, nr. 18224, 1980, p. 39.

a centrului, ci mai degrabă de o relocare, acesta fiind translatat în Louvain-la-Neuve, Belgia, sub denumirea de Centre International de Formation et de Recherche en Population et Développement (CIDEP)[1]. Centrul a funcţionat până în 1995, după care a fost transferat în Maroc[2].

Florin S. Soare

1. Inter-Center Cooperative Research Programme, *Population And Environment Meeting organized by CICRED, the IUSSP Committee on Population and Environment, and the „Departement des sciences de la population et du développement" of the Catholic University of Louvain-la-Neuve, at Louvain-la-Neuve, Belgium on 7-9 November, 1992*, CICRED – Paris, 1992, p. 45.
2. Michel Loriaux, „L'apport de l'école louvaniste de démographie : Réflexions critiques sur le passé et nouveaux défis pour l'avenir des sciences de la population", în *Population*, anul LI, nr. 2, 1996, p. 406.

Capitolul 5

Consiliul Sanitar Superior

Introducere

Dacă în privinţa Comisiei Naţionale de Demografie se poate afirma clar că motivaţia constituirii a fost clară, având un rol bine definit în politica demografică, cea de-a doua instituţie majoră implicată, Consiliul Sanitar Superior, nu a avut încă de la început o menire explicită în acest proiect. Este un organism care a cunoscut trei stadii în evoluţia sa, caracterizate de o implicare graduală în politica demografică în funcţie de interesele conducerii politice. Într-o primă etapă îşi defineşte existenţa ca organ consultativ constituit pe lângă MSPS în probleme legate de sănătatea populaţiei. Începând cu 1975, CSS va fi rupt de MSPS şi va fi investit cu puteri sporite în exercitarea unui permanent control asupra gradului de îndeplinire a obiectivelor demografice. Regăsim astfel, începând cu anul 1975, un întreg aparat birocratic însărcinat cu coordonarea politicii demografice, format din Ministerul Sănătăţii, Comisia Naţională de Demografie şi Consiliul Sanitar Superior. Ierarhizarea gradului de importanţă a fiecăreia dintre cele trei instituţii în proiectul demografic corespunde celor trei mari etape de implementare ale acestuia. Astfel, dacă în intervalul 1966-1972 rolul fundamental în coordonarea politicii demografice revenea Ministerului Sănătăţii, pentru perioada 1972-1983 prim-planul este ocupat de Comisia Naţională de Demografie, urmând ca în ultima şi cea mai aspră etapă, după 1984, Consiliul Sanitar Superior să fie piesa centrală. Toate aceste structuri erau direct răspunzătoare în faţa conducerii superioare de partid, aprecierea pozitivă sau negativă asupra activităţii lor, tradusă de cele mai multe ori prin schimbările la nivel de conducere, fiind legată direct de valorile indicatorilor demografici.

Scăderea accentuată a natalităţii din prima jumătate a anilor ’80 generează decizia conducerii politice de a implica activ CSS în politica demografică prin sporirea şi punerea în practică a atribuţiilor de control. Este momentul în care Comisia Naţională de Demografie trece în plan secund, fiind marginalizată, la fel ca cercetarea demografică în general. Măsurile restrictive iniţiate în această perioadă nu mai aveau nevoie de o fundamentare teoretică, de o legitimare în plan intern sau extern, ele trebuiau aplicate întocmai, în acest context intervenind Consiliul Sanitar Superior.

Capitolul de faţă tratează cronologic cele trei etape legate de înfiinţarea, organizarea şi funcţionarea CSS, rolul jucat de acest organism în politica demografică.

La fel cum menţionam şi în capitolul anterior, studii şi cercetări asupra instituţiilor esenţiale pentru proiectul demografic ceauşist nu există, singura lucrare ce trasează

coordonatele instituţionalizării politicii nataliste în România fiind cea aparţinând sociologului american Gail Kligman. În aceste condiţii, baza cercetării este constituită de sursele arhivistice, cele mai importante documente regăsindu-se la Arhivele Naţionale ale României, Arhiva Ministerului Sănătăţii, Arhiva Camerei Deputaţilor şi Open Society Archives – Budapesta.

Înfiinţarea Consiliului Sanitar Superior

Anul 1968 este caracterizat de o intensă dezbatere asupra unei noi organizări a Ministerului Sănătăţii şi a adoptării în perspectivă a unei noi legi sanitare. Pornind de la un studiu al Ministerului Sănătăţii privind *starea de sănătate şi asistenţa medicală a populaţiei*, conducerea ministerului are iniţiativa înfiinţării unui organism consultativ care să analizeze periodic starea de sănătate a populaţiei, să supravegheze modalitatea de aplicare a legislaţiei sanitare şi să propună măsuri privind planul sanitar. Structura trebuia să colaboreze şi să se folosească de infrastructura Uniunii Societăţilor de Ştiinţe Medicale. În fapt, propunerea viza reînfiinţarea unei instituţii de tradiţie în domeniul sanitar care a funcţionat între 1874 şi 1948 sub diverse denumiri (Consiliul Sanitar Superior 1874-1930 şi 1948 ; Consiliul General al Sănătăţii şi Ocrotirii 1930-1935 ; Consiliul Superior al Sănătăţii şi Asistenţei 1935-1943)[1].

Trebuie menţionat că în afara denumirii şi a funcţiei generale de organ consultativ pe lângă Ministerul Sănătăţii, instituţia preconizată nu păstrează nimic din variantele sale antebelice, singura motivaţie a preluării denumirii fiind aceea a legitimării prin raportarea la tradiţia unui organism care a avut de-a lungul timpului în componenţa sa nume importante ale medicinii româneşti : Alexandru A. Suţu, Mina Minovici, Victor Babeş ş.a.

Analiza stării de sănătate şi a asistenţei medicale a populaţiei în RSR – 1968 este primul document care face referire la înfiinţarea Consiliului Sanitar Superior în subordinea Ministerului Sănătăţii, iniţiativă argumentată prin *experienţa pozitivă din trecut*[2].

După ce este dezbătută în cadru restrâns în şedinţa CEx al CC al PCR din 18 iunie 1968[3], propunerea face obiectul unei discuţii mai ample în cadrul Plenarei a CC al PCR desfăşurată între 24-25 octombrie 1968[4].

Intenţiile anunţate de către Nicolae Ceauşescu în cuvântarea din finalul plenarei prefigurau crearea unei instituţii care să sprijine politica sanitară, însă fără a avea un rol consultativ, ci mai degrabă un rol activ în controlarea şi supervizarea activităţii ministerului :

> Acest consiliu, tovarăşi, trebuie să fie conceput nu ca un organ auxiliar, ci ca un organ de înaltă competenţă ştiinţifică, profesională, care să analizeze periodic, cel puţin o dată pe

1. *Organizarea şi funcţionarea Consiliului Sanitar Superior, scurtă privire istorică*, AMS, fond Cabinet 1, dosar 29/1966, nenumerotat.
2. ANIC, fond CC al PCR, secţia Cancelarie, dosar 103/1968, f. 109.
3. ANIC, fond CC al PCR, secţia Cancelarie, dosar 103/1968, f. 9-58.
4. Vezi Protocol nr. 6 al şedinţei plenare a Comitetului Central al PCR din zilele de 24/25 octombrie 1968, ANIC, fond CC al PCR, secţia Cancelarie, dosar 103/1968, ff. 166-289. Vezi şi „Analizarea stării de sănătate a populaţiei, perfecţionarea organizării reţelei sanitare şi îmbunătăţirea asistenţei medicale în Republica Socialistă România”, *Muncitorul sanitar*, anul XX, nr. 44 (960), miercuri, 30 octombrie 1968.

an, problemele sănătăţii în România şi să elaboreze măsuri, să aibă dreptul de a adopta hotărâri, tovarăşi ; deci nu un organ consultativ, ci un organ colectiv de hotărâri care să unească în sânul său tot ceea ce are mai bun corpul medical din România[1].

Dacă la nivelul conducerii politice se intenţiona crearea unei instituţii cu rol decizional şi care să supervizeze aplicarea directivelor CC al PCR în domeniul sanitar, conducerea ministerului urmărea evitarea interferenţelor în activitatea celor două organisme şi mai ales a posibilităţii transformării CSS într-un organ de control, aşa cum va deveni în 1975.

Directivele CC al PCR privind asistenţa medicală în RSR[2] adoptate cu această ocazie conţin o prevedere expresă privind înfiinţarea CSS, alcătuit *din cele mai valoroase cadre medicale din ţară*, care, întrunit cel puţin o dată pe an, să se implice activ în politica sanitară, atât prin analize asupra stării generale a sănătăţii populaţiei, cât şi prin iniţiative vizând principalele probleme ale activităţii medicale.

Cu toate acestea, intervenţia MSPS va transforma CSS într-o instituţie formală cu un evident scop de imagine, menită să legitimeze politicile generale ale statului în domeniul sanitar, încă de la început fiind gândită mai degrabă ca un forum de dezbatere a problemelor generale privind sănătatea. Încă de la început sunt preconizate două variante de înfiinţare, prima prin decret al Consiliului de Stat, iar a doua printr-o aprobare a Consiliului de Miniştri privind organizarea şi funcţionarea Ministerului Sănătăţii. În fapt, ministerul dorea înfiinţarea unui organism de sine stătător cu un rol strict consultativ, fără posibilitatea imixtiunii în activitatea sa. Astfel se explică şi opţiunea MSPS pentru prima variantă, sub motivaţia că „*nu a fost conceput* [CSS, n.a.] *ca un organ auxiliar al MSPS, ci ca un for de înaltă competenţă ştiinţifică, profesională*”[3]. Scopul declarat era acela de a *aprofunda problemele de conţinut, al atragerii specialiştilor cu experienţă şi înaltă calificare la examinarea direcţiilor de perspectivă ale activităţii în domeniul ocrotirii sănătăţii*[4].

În privinţa procedurii legislative, proiectul de decret a fost întocmit de către Ministerul Sănătăţii, aprobat şi avizat pe rând de către Comitetul Executiv al CC al PCR, Consiliul de Stat şi Comisia pentru Sănătate, Muncă şi Asigurări Sociale a MAN, astfel că, în data de 29 iulie 1969, este adoptat decretul de înfiinţare, organizare şi funcţionare a noii instituţii[5]. Decretul nr. 541/1969 va deveni Legea nr. 33 prin adoptarea de către Marea Adunare Naţională la sfârşitul anului 1969[6].

1. ANIC, fond CC al PCR, secţia Cancelarie, dosar 178/1969, f. 18.
2. *Directivele Comitetului Central al Partidului Comunist Român cu privire la îmbunătăţirea asistenţei medicale a populaţiei din Republica Socialistă România*, Editura Politică, Bucureşti, 1968, p. 16.
3. *Notă a MS din 21 februarie 1969 cu privire la înfiinţarea Consiliului Sanitar Superior*, AMS, fond Cabinet 1, dosar 89/1969, nenumerotat.
4. *Extras din Directivele CC al PCR cu privire la îmbunătăţirea asistenţei medicale din RSR*, AMS, fond, Cabinet 1, dosar 79/1969, nenumerotat.
5. *Decret nr. 541 din 29 iulie 1969 privind înfiinţarea, organizarea şi funcţionarea Consiliului Sanitar Superior*, ANIC, fond Consiliul de Stat – Decrete, dosar 824/1969, ff. 1-2.
6. „Legea nr. 33 din 19 decembrie 1969 pentru aprobarea Decretului nr. 541/1969 privind înfiinţarea, organizarea şi funcţionarea Consiliului Sanitar Superior”, publicată în *Buletinul Oficial al RSR*, Partea I, nr. 148, din 19 decembrie 1969.

Organizarea şi funcţionarea Consiliului Sanitar Superior în perioada 1969-1975

Noul organism este înfiinţat pe lângă Ministerul Sănătăţii, având sarcina de *a analiza şi dezbate periodic problemele generale ale ocrotirii sănătăţii şi de a elabora şi propune măsuri cu privire la direcţiile de dezvoltare ale activităţii medicale*.

Ca şi în cazul Comisiei Naţionale de Demografie, CSS funcţiona pe comisii de specialişti, acestea fiind : aparate şi utilaje medicale, recuperare, psihiatrie, profilul şi sarcinile medicului de medicină generală, comisia de specialişti pentru probleme de relaţii externe şi comisia pentru problemele juridice din cadrul Ministerului Sănătăţii[1].

Conducerea CSS era asigurată de către ministrul Sănătăţii, care ocupa funcţia de preşedinte, ajutat de vicepreşedinţi (fără a se preciza numărul lor) şi un secretar. De altfel, nici în privinţa membrilor CSS nu este stipulat un număr, această sarcină revenind Consiliului de Miniştri, care îi desemnează pe o perioadă de trei ani.

Componenţa primului Consiliu Sanitar Superior a fost aprobată printr-o hotărâre a Consiliului de Miniştri[2] după trei luni de la publicarea decretului. Conducerea CSS era exercitată de către Dan Enăchescu (ministrul Sănătăţii) în calitate de preşedinte şi patru vicepreşedinţi, Theodor Burghele, Mihai Duca, Pius Brânzeu şi Paul Doczy, primii trei rectori ai Institutelor de Medicină şi Farmacie din Bucureşti, Iaşi şi Timişoara, ultimul profesor la IMF Târgu-Mureş. Un secretar, în persoana Virginiei Russ, deţinea şi funcţia de secretar general în Ministerul Sănătăţii. Între cei 85 de membri regăsim foşti şi viitori miniştri ai Sănătăţii precum Aurel Moga, Radu Păun, Victor Ciobanu, profesori la IMF : Ioan Moraru, Ioan Pop de Popa, Vasile Predescu, Ştefan Milcu, Ion Juvara, Ion Bruckner, Dan Alessandrescu sau Ana Aslan.

După cum se poate observa, Consiliul Sanitar Superior rămâne, conform Decretului din 1969, o instituţie decorativă, fără putere decizională, subordonată Ministerului Sănătăţii, cu principala menire de a justifica politica sanitară a statului.

Prima şedinţă lărgită a CSS, care are loc în iulie 1970, este dedicată analizei îndeplinirii directivelor CC al PCR, dezbătând totodată proiectul *Legii de ocrotire a sănătăţii în RSR*[3]. Cum CSS nu avea drept decizional, şedinţa avea un caracter strict consultativ, toate propunerile făcute erau înaintate şi supuse spre aprobare Colegiului Ministerului Sănătăţii.

Rolul său în toată această perioadă în politica demografică era unul doar tangenţial, acela de a analiza în ce măsură starea de sănătate a populaţiei poate influenţa factorii demografici.

Componenţa celui de-al doilea Consiliu Sanitar Superior, aprobată prin hotărâre a Consiliului de Miniştri în 1973, aduce modificări minore la nivel de structură[4]. În

1. AMS, fond Cabinet 1, dosar 18/1970, nenumerotat.
2. „Hotărâre a Consiliului de Miniştri nr. 1990 din 11 octombrie 1969 privind aprobarea componenţei Consiliului Sanitar Superior", în *Buletinul Oficial al RSR*, Partea I, an V, nr. 112, miercuri, 15 octombrie 1969, pp. 948-950.
3. *Proces-verbal privind şedinţa lărgită a Consiliului Sanitar Superior din ziua de 3 iulie 1970*, AMS, fond DCCPI, dosar 1/1970, nenumerotat.
4. *Hotărâre a Consiliului de Miniştri privind aprobarea componenţei Consiliului Sanitar Superior*, AMS, fond DCCPI, dosar 1/1970, nenumerotat.

fruntea instituţiei se află Theodor Burghele (ministrul Sănătăţii) şi doar trei vicepreşedinţi, Constantin Anastasiu (rector IMF Bucureşti), Ana Aslan (director INGGB), Valeriu Rugină (director DSJ – Iaşi).

Decretul nr. 541/1969 poate fi considerat ca o victorie de moment a conducerii MSPS, în fruntea căreia s-a aflat, începând cu 5 iulie 1969, profesorul Dan Enăchescu[1]. Însă Nicolae Ceauşescu nu va renunţa la intenţia iniţială de a transforma această instituţie într-un organism de control al activităţii ministerului. Mai mult, după apariţia programului PCR din 1974[2], document ce trasa strategia partidului pentru mai mult de două decenii, are loc un proces generalizat de transformări instituţionale care să faciliteze atingerea obiectivelor stabilite. Consiliul Sanitar Superior era una dintre primele instituţii vizate.

Decretul nr. 116/1975 – reorganizarea Consiliului Sanitar Superior

Reorganizarea CSS este dezbătută intens la Şedinţa CPEx desfăşurată în data de 14 octombrie 1975. Cel mai disputat articol este cel privind atribuţiile noului organism, care se suprapun peste cele ale Ministerului Sănătăţii, problemă ridicată de către Leonte Răutu. Apare încă de la început o contradicţie chiar în textul decretului, între acea motivare privind evitarea paralelismelor şi dublarea atât a atribuţiilor aparţinând deja Ministerului Sănătăţii, cât şi a instituţiilor, în subordinea MAN funcţionând Comisia pentru Sănătate, Muncă şi Asigurări Sociale.

Este evidentă intenţia lui Ceauşescu de a crea o suprastructură, un *parlament sanitar*, aşa cum declara în cadrul şedinţei, un instrument de control şi controlat politic, prin însăşi insistenţa cu care susţine ca în fruntea instituţiei să se afle vice-prim-ministrul guvernului şi nu ministrul Sănătăţii.

Începând cu anul 1975, prin decret al Consiliului de Stat[3], CSS devine organ responsabil *pentru înfăptuirea politicii partidului şi statului în domeniul sanitar*. La două zile după adoptarea decretului are loc ceremonia de constituire a noului CSS, cu prilejul căreia Nicolae Ceauşescu anunţa noul statut al instituţiei constituite :

> ca organ deliberativ, în locul vechiului organism consultativ, care nu şi-a desfăşurat activitatea în mod corespunzător […] nu este un organ de administraţie, ci un organ de

1. Doctor în ştiinţe medicale, specializarea pediatrie, instructor la Secţia Sănătate a CC al PCR (1966-1968), director al Direcţie sanitare a municipiului Bucureşti (1968-1969) în aceeaşi perioadă absolvind Universitatea serală de marxism-leninism. În 1969 este numit ministru al Sănătăţii funcţie deţinută până în 1972. De mandatul său în fruntea ministerului se leagă o serie de măsuri ce atenuează efectele negative ale Decretului nr. 770/1966 printre care şi scăderea vârstei de la 45 la 40 de ani pentru aprobarea unei întreruperi de sarcină. Între 1975-1980 a deţinut funcţia de ambasador extraordinar şi plenipotenţiar în Elveţia. A fost decan al facultăţii de medicină generală la IMF. După 1990 a revenit pentru 6 luni în fruntea Ministerului Sănătăţii făcând parte din primul guvern Petre Roman. Vezi ANIC, CC al PCR, Secţia Cadre, dosar E/86, ff. 1-3.
2. Vezi *Programul Partidului Comunist Român de făurire a societăţii socialiste multilateral dezvoltate şi înaintare a României spre comunism*, în Congresul al XI-lea al Partidului Comunist Român, pp. 614-749.
3. Decret al Consiliului de Stat nr. 116 din 23 octombrie 1975 privind Consiliul Sanitar Superior, ANIC, fond Consiliul de Stat – Decrete, dosar 207/1975, ff. 2-5.

dezbateri şi hotărâri, un parlament al medicilor, o expresie a conducerii colective, democratice în domeniul sanitar […] în acest sens Consiliul Sanitar Superior va trebui să exercite un rol de control, de stimulare a activităţii organelor sanitare, începând cu ministerul, cu direcţiile sanitare şi terminând cu unităţile sanitare, până jos, în comună[1].

CSS devine totodată un organism de planificare în domeniul sanitar, trecerea din subordinea Ministerului Sănătăţii în cea a Consiliului Suprem al Dezvoltării Economice şi Sociale[2] devenind o secţiune a sa. Astfel era întărit controlul instituţional asupra CSS, suprastructura din care făcea parte fiind condusă direct de către preşedintele RSR.

Noile atribuţii îl transformă într-un organism de control al Ministerului Sănătăţii, situaţie expusă chiar în preambulul decretului *CSS*: *urmează să exercite un control permanent asupra modului în care Ministerul Sănătăţii şi celelalte organe de stat aplică legile şi alte acte normative*[3]. Hotărârile CSS sunt obligatorii atât pentru MSPS, cât şi pentru toate celelalte ministere şi organe centrale şi locale cu atribuţii în domeniul ocrotirii sănătăţii.

Conform art. 1, CSS are sarcina de a elabora liniile generale şi principalele obiective ale dezvoltării activităţii de ocrotire a sănătăţii populaţiei din Republica Socialistă România şi de a urmări înfăptuirea politicii partidului şi statului în acest domeniu. Noile atribuţii ale CSS erau:

a) Elaborează programe pe termen lung pentru îmbunătăţirea continuă a stării de sănătate a populaţiei, analizează dinamica indicatorilor demografici şi de morbiditate şi ia măsuri pentru dezvoltarea asistenţei medicale preventive şi curative;
b) Dezbate proiectul planului cincinal privind dezvoltarea ocrotirii sănătăţii, în profil departamental, de ramură şi teritorial, şi face propuneri de îmbunătăţire a acestuia;
c) Analizează şi elaborează într-o concepţie ştiinţifică unitară structurile organizatorice ale reţelei şi instituţiilor sanitare şi propune măsuri pentru utilizarea şi repartizarea raţională a personalului medico-sanitar;
d) Dezbate şi adoptă propunerile privind principalele direcţii de dezvoltare şi programele prioritare pentru cercetarea ştiinţifică în domeniul ocrotirii sănătăţii, precum şi valorificarea lor în practică, în vederea ridicării continue a calităţii asistenţei medicale;
e) Analizează modul în care se asigură, în diferite domenii, activitatea de profilaxie, protecţie sanitară a aerului, solului şi apei, protecţia alimentelor destinate consumului şi stabileşte măsurile ce se impun pentru apărarea şi promovarea sănătăţii publice;
f) Analizează şi dezbate proiectele programelor naţionale privind prevenirea şi combaterea unor boli care constituie probleme majore pentru asigurarea sănătăţii publice;
g) Analizează modul de asigurare a ocrotirii şi asistenţei medicale a mamei, copilului şi tineretului şi stabileşte măsuri pentru îmbunătăţirea acestei activităţi;

1. „Cuvântarea tovarăşului Nicolae Ceauşescu la încheierea lucrărilor de constituire a Consiliului Sanitar Superior", în *Scânteia*, an XLV, nr. l0323, din 26 octombrie 1975.
2. Organism permanent, care analizează şi dezbate principalele orientări ale dezvoltării ţării şi prezintă conducerii de partid şi de stat studiile şi concluziile sale, lucrează în strânsă legătură cu organele de partid şi de stat la întocmirea prognozelor, a planurilor cincinale şi anuale – vezi „Rezoluţia din 19 iulie 1972 a Conferinţei Naţionale a Partidului Comunist Român cu privire la perfecţionarea organizării şi conducerii vieţii sociale şi la dezvoltarea democraţiei socialiste", publicată în *Buletinul Oficial al RSR*, nr 79, din 23 iulie 1972.
3. ANIC, fond Consiliul de Stat – Decrete, dosar 207/1975, f. 2.

h) Analizează periodic modul în care se asigură ocrotirea sănătăţii la locul de muncă şi stabileşte măsuri pentru îmbunătăţirea condiţiilor de muncă, prevenirea şi combaterea bolilor profesionale ;
i) Analizează şi stabileşte măsuri cu privire la respectarea normelor eticii profesionale, întărirea ordinei şi disciplinei sanitare ;
j) Dezbate şi adoptă proiectul planului unic de educaţie sanitară a populaţiei şi analizează stadiul de realizare a acestuia ;
k) Exercită orice alte atribuţii stabilite de lege.

Importanţa instituţiei este confirmată de schimbarea tipului de act normativ pentru aprobarea componenţei. Dacă iniţial componenţa CSS era stabilită printr-o hotărâre a Consiliului de Miniştri, Decretul nr. 116/1975 stabileşte aprobarea acesteia prin decret prezidenţial, prelungindu-se totodată durata mandatului de la trei la cinci ani. Trebuie menţionat faptul că preşedintele Comisiei Naţionale de Demografie devine membru de drept al CSS.

O analiză cantitativă

O analiză cantitativă asupra componenţei Consiliului Sanitar Superior pentru perioada 1969-1989 pune în evidenţă maniera şi gradul de politizare a instituţiei prin însăşi structura profesională şi prin apartenenţa politică a membrilor.

În 1969, în structura de conducere a CSS intrau şase persoane (un preşedinte, patru vicepreşedinţi şi un secretar), iar în 1972 doar cinci persoane (trei vicepreşedinţi). Noua structură aprobată prin Decretul prezidenţial nr. 220/1975[1] este alcătuită din 11 persoane dintre care 9 vicepreşedinţi. Ministrul Sănătăţii ocupă funcţia de vicepreşedinte al CSS. Numărul membrilor scade de la 85 în 1969 la 84 în 1972, urmând ca, în 1975, să crească la 126.

Dacă în 1969 CSS avea în componenţa sa membri proveniţi în majoritate din reţeaua sanitară (35 de persoane), cadre didactice (33 de persoane), institutele medicale de cercetare (10 persoane) şi doar 13 membri aparţinând altor organe centrale şi conducerii Ministerului Sănătăţii, proporţia se păstrează aproximativ în 1972, crescând numărul reprezentanţilor organizaţiilor de stat şi obşteşti cu 4 membri.

În 1975, pentru prima dată sunt numiţi şi 8 activişti de partid şi ai organizaţiilor de masă, păstrându-se însă raportul cadrelor medico-sanitare.

Se poate observa, în cadrul aceleiaşi analize, şi schimbarea structurii pe sexe a CSS ; dacă în 1969, din cei 91 de membri, 23% erau femei, în 1972 procentul creşte până la 33,7%, urmând să scadă în 1975 până la 21%. Este interesantă implicarea Consiliului de Miniştri în criteriile de stabilire a componenţei pe sexe. Astfel, în 1972, într-o notă a CSS, regăsim o indicaţie privind creşterea numărului de femei în componenţa instituţiei, precum şi la ocuparea unui post de vicepreşedinte[2]. În ceea ce priveşte apartenenţa politică a membrilor, putem constata faptul că în noul CSS doar o singură persoană,

1. *Decret prezidenţial nr. 220 din 24 octombrie 1975 pentru aprobarea componenţei Consiliului Sanitar Superior*, ANIC, fond CC al PCR, secţia Cancelarie, dosar 219/1975, f. 116.
2. *Notă cu privire la indicaţiile date de Secretariatul General al Consiliului de Miniştri privind componenţa Consiliului Sanitar Superior*, AMS, fond DCCPI, dosar 1/1970, nenumerotat.

profesorul Constantin Arseni, nu era membru al Partidului Comunist, în timp ce, în 1969, numărul celor neînscrişi în partid era de 10. Din cei 126 de membri, doar 28 au făcut parte şi din structura creată în 1969.

Activitatea CSS în perioada 1975-1983

La o privire de ansamblu asupra activităţii CSS în perioada 1975-1984, se poate observa implicarea instituţiei în politica sanitară, dublând Ministerul Sănătăţii – redactarea de rapoarte, programe, informări, propuneri, analize privind: prevenirea şi combaterea bolilor cardio-vasculare, statutul personalului sanitar, instruirea şi educaţia sanitară a populaţiei, asistenţa medicală de urgenţă, situaţia mortalităţii generale, planuri de şcolarizare pentru institutele de medicină şi farmacie etc.[1]

Aşa cum afirmam anterior, CSS devine după 1975 organism de planificare, una dintre sarcinile importante fiind aceea de a dezbate şi de a face propuneri privind *Planul dezvoltării ocrotirii sănătăţii*, parte a *Planului cincinal unic de dezvoltare economico-socială şi culturală a ţării*[2].

Noul statut conferă CSS un grad mai mare de intervenţie în politica demografică, subiectul creşterii natalităţii făcând obiectul a numeroase şedinţe ale Biroului Executiv. Statutul reglementa şi structura de conducere a instituţiei, ce viza elaborarea de rapoarte secrete, adresate direct conducerii superioare de partid, privind fenomenele demografice (în ţară şi în exterior), constituirea de colective de analiză privind creşterea natalităţii (în conformitate cu obiectivul atingerii unei populaţii de 25 de milioane în 1990), scăderea numărului de avorturi, a mortalităţii infantile[3]. Una dintre cele şapte comisii de specialitate înfiinţate în 1975 viza ocrotirea mamei, copilului şi tineretului[4]. Aceasta era condusă de Lidia Orădean[5] şi era compusă din 23 de persoane între care: Dan Alessandrescu (directorul spitalului Polizu), Margareta Henriette Ciortoloman (şeful Clinicii de obstetrică-ginecologie „23 August"), Ioan Lemnete (director al spitalului Filantropia), Lia Manoliu (vicepreşedintă a Consiliului Naţional pentru Educaţie Fizică şi Sport).

Ca şi în cazul altor instituţii, putem remarca prezenţa în cadrul comisiei a unor personalităţi ale ştiinţei medicale şi nu numai, care desfăşoară o intensă activitate în direcţia asistenţei medicale a femeii, căutând în permanenţă limitarea efectelor negative generate de legislaţia antiavort. Totul se lovea însă de obtuzitatea conducerii politice.

Pentru o exemplificare a menirii instituţiei în proiectul demografic, dar şi a controlului politic al acesteia, invocăm două şedinţe ale Biroului Executiv al CSS, prima desfăşurată la 24 martie 1976, iar cea de-a doua la 27 aprilie 1977, ambele având pe ordinea de zi dezbaterea situaţiei demografice. În cadrul celei din 24 martie, Paul Niculescu-Mizil, în

1. *Programul de activitate al Consiliului Sanitar Superior pe anul 1979*, AMS, fond OMCT, dosar 2/1979, nenumerotat.
2. AMS, fond Cabinet 1, dosar 19/1982, nenumerotat.
3. Vezi hotărârile adoptate în cadru Biroului Executiv al Consiliului Sanitar Superior din 24 martie, 14 iunie, AMS, fond DCCPI, dosar 1/1975, nenumerotat.
4. *Hotărârea Biroului Executiv al Consiliului Sanitar Superior adoptată la 19 noiembrie 1975*, AMS, fond DCCPI, dosar 1/1975, nenumerotat.
5. Preşedinta Comitetului Uniunii Sindicatelor din Unităţile Sanitare.

calitatea sa de vice-prim-ministru al guvernului şi preşedinte al CSS, prezintă punctul de vedere al lui Nicolae Ceauşescu. Liderul comunist este nemulţumit de orientarea de bază a materialului care *„prevede unele cerinţe de a acorda mai mulţi bani. S-au făcut mai multe observaţii şi s-a considerat că nu se poate discuta aşa ceva ; accentul se pune în primul rând pe problema avorturilor*[1]". În fapt întreaga şedinţă se concentrează asupra observaţiilor şi indicaţiilor lui Nicolae Ceauşescu, care solicită ca toate problemele legate de demografie să fie prezentate în primul rând conducerii de partid. Chiar problema concediilor de maternitate, ce urma a fi analizată de un colectiv de şapte persoane, trebuia dezbătută doar în cadru restrâns la vârful partidului. Este vizibilă legătura dintre CSS şi structura de conducere a partidului, care primea periodic rapoarte şi analize asupra gradului de îndeplinire a sarcinilor trasate prin documentele de partid, stabilind totodată planuri de măsuri pentru îndeplinirea acestora, obligatorii pentru organele implicate.

În şedinţa Biroului Executiv al CSS din 27 aprilie 1977, Ion Ursuleanu, director al spitalului de pediatrie „Grigore Alexandrescu", susţinea faptul că „este o sarcină de partid să sporim natalitatea", iar Radu Ozun afirma faptul că „strategia şi tactica sunt stabilite în cadrul politicii generale a partidului şi noi, în propunerile noastre de perspectivă, vom trebui să le îndeplinim"[2]. Poziţia lui Mihai Aldea, adjunct al ministrului Sănătăţii, este relevantă din perspectiva raportării la secretarul general al partidului, ca singura persoană capabilă să rezolve problemele natalităţii : „Atunci când conducerea de partid şi de stat a pus problema natalităţii în faţa întregului popor, a organizaţiilor de partid s-au obţinut rezultate bune". El propune „să se solicite tovarăşului secretar general al partidului Nicolae Ceauşescu să ridice din nou această problemă"[3].

La fiecare cinci ani instituţia avea sarcina de a adopta *Planul unic de educaţie sanitară a populaţiei*, document ce prezintă importanţă prin raportarea la politica demografică. În fapt, sub noţiunea de educaţie sanitară se ascunde un întreg program de educaţie pronatalistă pus în practică de către Ministerul Sănătăţii, Ministerul Educaţiei şi Învăţământului, Societatea de Cruce Roşie, Consiliul Culturii şi Educaţiei Socialiste, Consiliul Naţional al Femeilor, organizaţiile de copii şi tineret, care urmărea :

> promovarea politicii demografice a partidului şi statului nostru, cu accent pe creşterea natalităţii şi scăderea mortalităţii infantile, consolidarea familiei, combaterea întreruperilor de sarcină nejustificate, naşterea şi creşterea de copii sănătoşi […] cultivarea comportamentului demografic responsabil şi conştient […] cultivarea concepţiei profamilie şi a cultului pentru copii, normele vieţii de familie şi educarea viitorilor părinţi, educaţia sexuală a tineretului, popularizarea măsurilor de concepţie (nu anticoncepţie, n.a.) şi de creştere a fecundităţii şi fertilităţii în rândul tinerelor cupluri premaritale şi al familiilor recent constituite, educarea femeii şi a familiei sale pentru combaterea avorturilor criminale[4].

1. Vezi Şedinţa Biroului Executiv al Consiliului Sanitar Superior din 24 martie 1976 (extras de pe banda de magnetofon), AMS, fond DCCPI, dosar 1/1975, nenumerotat.
2. *Proces verbal al Şedinţei Biroului Executiv al Consiliului Sanitar Superior din 27 aprilie 1977*, AMS, fond DCCPI, dosar 11/1976, nenumerotat.
3. *Ibidem*.
4. *Raport privind realizarea planului unic de educaţie sanitară a populaţiei pe perioada 1981-1985*, AMS, fond Cabinet 1, dosar 4/1983, nenumerotat.

Consiliul Sanitar Superior – coordonator al politicii demografice

În prima jumătate a anilor ’80 are loc o tot mai pronunţată tendinţă de scădere a natalităţii, situaţie pusă de conducerea politică pe seama ineficienţei instituţiilor de stat direct responsabile, Ministerul Sănătăţii şi Comisia Naţională de Demografie. Măsurile adoptate, începând cu anul 1983, duc la marginalizarea celei din urmă şi atribuirea către Consiliul Sanitar Superior a tuturor sarcinilor de coordonare a politicii demografice. Cadrul legislativ creat în 1975 permitea Consiliului Sanitar Superior să devină o suprastructură subordonată direct conducerii partidului, cu atribuţii de control asupra tuturor organismelor cu atribuţii în domeniul sanitar. De aceea decizia implicării directe în politica demografică s-a făcut fără o transformare structurală la nivel de organizare sau atribuţii. Baza legală exista, era nevoie însă de operarea de schimbări la nivelul componenţei.

Şedinţa Comitetului Politic Executiv din 26 aprilie 1983 este decisivă în evoluţia instituţională a CSS. La numai două luni este întocmit un raport privind reorganizarea CSS, aprobat de Biroul Permanent al CPEx la data de 27 iunie 1983[1]. Componenţa nominală a instituţiei rămăsese aceeaşi ca în 1985, deşi mandatul membrilor era de cinci ani. La nivelul anului 1983, 2/3 din numărul acestora erau pensionaţi sau decedaţi. Propunerea viza creşterea numărului de la 127 la 137, dintre care 110 trebuiau să fie medici de diverse specialităţi, 4 farmacişti şi cadre medii sanitare şi 23 de cadre din aparatul de stat şi de partid, organizaţii de masă şi obşteşti. Transformările au constat în înnoirea CSS, numai 36 de membri făcând parte din structura anterioară. Filtrul era reprezentat de Biroul Comisiei CC al PCR pentru problemele de cadre de partid şi de stat, care examina dosarul fiecărui potenţial membru.

Acest lucru s-a produs prin decretul prezidenţial nr. 210 din 9 august 1983[2]. În vârful instituţiei se regăseşte viceprim-ministrul guvernului, Alexandrina Găinuşe[3], membru CPEx, ce asigura controlul politic al consiliului, înlocuită în octombrie 1987 cu Lina Ciobanu. Preşedintele avea în coordonare 9 vicepreşedinţi: Eugen Proca (ministru al Sănătăţii), Constantin Arseni (preşedintele Academiei de Ştiinţe Medicale), Leonida Gherasim (rector IMF Bucureşti), Ioan Lazlo (rector IMF Târgu-Mureş), Gheorghe Băcanu (rector IMF Timişoara), Maria Petrescu (vicepreşedinte al Comitetului Uniunii Sindicatelor din Unităţile Sanitare), George Iacob (director DSMB), Zoe Paţiu (director DSJ Iaşi) şi Valeriu Rugină (director IGSP Iaşi).

La 9 zile după publicarea noii componenţe, la data de 18 august 1983 are loc Plenara Consiliului Sanitar Superior, la care participă Nicolae Ceauşescu, ce are înscrisă la primul punct pe ordinea de zi *Raportul privind evoluţia principalelor fenomene demografice* şi *Programul de măsuri pentru creşterea natalităţii şi asigurarea sporului natural*.

1. *Raport cu privire la necesitatea organizării şi completării Consiliului Sanitar Superior*, 20 iunie 1983, AMS, fond DCCPI, dosar 19/1983, nenumerotat.
2. „Decret prezidenţial pentru aprobarea componenţei Consiliului Sanitar Superior”, publicat în *Buletinul Oficial al RSR*, Partea I, nr. 62 bis, din 13 august 1983.
3. De profesie muncitoare filatoare, absolventă a Facultăţii de Istorie şi a Şcolii superioare de partid „Ştefan Gheorghiu”, are o ascensiune fulminantă în partid cu sprijinul Elenei Ceauşescu, mai întâi ocupând funcţia de prim-secretar al Comitetului Judeţean de Partid – Bacău, vicepreşedinte al Consiliului de Stat şi viceprim-ministru al guvernului (21 mai 1982-7 mai 1986); Vezi ANIC, CC al PCR, Secţia Cadre, dosar G/990, ff. 127-128; şi Florica Dobre, *op.cit.*, p. 282.

Desfăşurarea şedinţei şi discursurile rostite, dincolo de limbajul de lemn, conturează clar asumarea de către CSS a rolului de coordonator al politicii demografice :

> Vă raportăm, mult stimate tovarăşe secretar general, că, în spiritul exigenţelor Conferinţei Naţionale a Partidului, ale strălucitei cuvântări pe care aţi rostit-o la Consfătuirea de lucru pe problemele muncii organizatorice şi politico-educative, am analizat în spirit critic şi autocritic marile sarcini ce revin cadrelor medico-sanitare pentru traducerea în viaţă a indicaţiilor Dumneavoastră privind îmbunătăţirea indicilor demografici în patria noastră, creşterea natalităţii, asigurarea unui spor corespunzător al populaţiei (…) Deplin conştienţi de importanţa misiunii care ne revine în opera complexă de apărare a sănătăţii poporului nostru în prezent şi în perspectivă, mobilizaţi de înflăcăratele Dumneavoastră îndemnuri, participanţii la Plenara Consiliului Sanitar Superior, în numele tuturor cadrelor medico-sanitare, se angajează că *vor face totul* (s.a.) pentru îndeplinirea sarcinilor de răspundere ce le revin, pentru ridicarea indicelui de natalitate, prin influenţarea comportamentului tinerei generaţii[1].

Începând cu anul 1983 şi până în 1989, Consiliul Sanitar Superior devine piesa de bază a politicii demografice, un instrument de coerciţie şi control aflat la îndemâna partidului, care controlează în materie de sănătate şi politică demografică tot, „*începând cu ministerul, cu direcţiile sanitare şi terminând cu unităţile sanitare, până jos, în comună*", aşa cum anunţa Nicolae Ceauşescu la şedinţa inaugurală din 1975.

Planul general de activitate al CSS pe anul 1984 cuprinde patru şedinţe de birou executiv, câte două pe fiecare semestru, şi două şedinţe plenare, cel puţin câte un eveniment fiind dedicat analizării fenomenelor demografice. De multe ori şedinţele erau comune cu cele ale Biroului Executiv al Ministerului Sănătăţii, aceasta fiind încă o manifestare a controlului exercitat de către CSS. Activitatea cea mai prolifică era dată de activitatea comisiilor de specialitate. Reorganizarea din 1983 a redus numărul comisiilor de specialitate la cinci : Comisia pentru Organizarea, Dezvoltarea şi Creşterea Calităţii Asistenţei Medicale a Populaţiei ; Comisia pentru Probleme Demografice şi Ocrotirea Mamei şi Copilului ; Comisia pentru Medicina Preventivă, Protecţia Mediului Înconjurător şi Educaţia Sanitară a Populaţiei ; Comisia pentru Cercetarea Ştiinţifică Medicală, Medicamente, Aparatură şi Utilaje Medicale şi Comisia pentru Formarea şi Perfecţionarea Profesională a Personalului Sanitar[2]. Dintre acestea, cea mai activă comisie în planul controlului demografic era ce-a de-a doua, a cărei structură de conducere era exercitată de Lidia Orădean (membru supleant al CC al PCR), şi doi vicepreşedinţi Maria Bobu (membru CC al PCR, soţia lui Emil Bobu) şi Olimpia Solomonescu (membru supleant al CC al PCR). Apartenenţa la structurile de conducere ale partidului este definitorie pentru componenţa comisiilor de specialitate, controlul politic al instituţiei fiind evident. Activitatea comisiei menţionate, la nivelul anului 1984, viza, în primul rând, analiza periodică a fenomenelor demografice şi propunerea de măsuri, stabilirea metodologiei de organizare şi funcţionare a cabinetelor de ginecologie infantilă, analiza activităţii cabinetelor de consultaţii premaritale şi sfat familial, elaborarea metodologiei activităţii cabinetelor de combatere a sterilităţii şi infertilităţii[3].

---

1. *Mesajul participanţilor la Plenara Consiliului Sanitar Superior către tovarăşul Nicolae Ceauşescu, secretar general al PCR şi preşedinte al RSR*, AMS, fond Cabinet 1, dosar 7/1983, nenumerotat.
2. AMS, fond Cabinet 1, dosar 7/1983, nenumerotat.
3. *Tematica orientativă pentru activitatea Comisiei pentru probleme demografice şi ocrotirea mamei şi copilului pe anul 1984*, AMS, fond Cabinet 1, dosar 7/1983, nenumerotat.

Informări şi planuri de măsuri

Între 1975 şi 1983, CSS întocmeşte doar trei rapoarte şi analize cu privire la fenomenele demografice : *Indicaţii privind problemele de demografie* – 24 martie 1976, *Aspecte actuale de demografie în RSR şi măsuri de perspectivă* – 14 iunie 1976 şi *Evoluţia populaţiei şi principalele fenomene demografice în anul 1975* – 9 decembrie 1976. Studiile demografice erau apanajul Ministerului Sănătăţii şi Comisiei Naţionale de Demografie. Începând chiar din 1985, CSS devine singura instituţie care elaborează sau coordonează redactarea de informări şi studii demografice şi propuneri de măsuri în acest domeniu, pentru şedinţele CPEx.

Spre deosebire de informările CND, care erau extrem de tehnice, analizând punctual indicatorii demografici, documentele redactate de Consiliul Sanitar Superior prezintă diferenţe majore, atât la nivel structural, cât mai ales în privinţa stilisticii. Toate aceste informări sunt alcătuite după un anumit tipar, din care nu lipsesc, în ordine : invocarea şi elogierea documentelor de partid prezentate la diverse conferinţe, plenare, forumuri, glorificarea liderului comunist şi eventual a soţiei acestuia, reiterarea indicaţiilor şi obiectivelor trasate de secretarul general cu privire la creşterea natalităţii, prezentarea activităţii de implementare a măsurilor adoptate, a realizărilor, asumarea impersonală a criticilor, prezentarea de cazuri de încălcare a eticii şi deontologiei medicale şi nu în ultimul rând *angajamentul ferm* pentru remedierea deficienţelor. Ilustrăm doar cu câteva exemple :

> În aceste zile, când ecourile magistralului Raport prezentat de tovarăşul Nicolae Ceauşescu la marele forum al comuniştilor (Congresul al XIII-lea n.a.) sunt încă vii în cugetele noastre, aprecierile şi îndemnurile rostite la tribună stimulează reflecţia, îmbărbătează fapta, sporesc angajarea[1] ;
>
> Adresând cele mai calde şi respectuoase mulţumiri pentru grija ce o poartă sănătăţii poporului tovarăşul Nicolae Ceauşescu, secretarul general al partidului, preşedintele Republicii, şi trăgând învăţămintele din criticile pe care le-a adresat sectorului sanitar pentru situaţia gravă în asigurarea sporului natural al populaţiei, întregul personal sanitar se angajează în faţa conducerii superioare de partid şi de stat, personal a tovarăşului Nicolae Ceauşescu, a tovarăşei academician doctor inginer Elena Ceauşescu, să nu precupeţească niciun efort pentru înfăptuirea politicii demografice a ţării noastre, contribuind astfel activ la dezvoltarea generală a naţiunii, asigurând menţinerea sănătăţii, tinereţii şi vigorii poporului nostru[2].
>
> Cu adâncă emoţie şi admiraţie vrem să subliniem încă o dată umanismul deosebit al tovarăşului Nicolae Ceauşescu, marele fiu al naţiunii noastre, proeminentă personalitate a lumii contemporane, grija sa de importanţă istorică pentru destinele României, poporului nostru[3].
>
> Însuşindu-ne pe deplin indicaţiile şi orientările tovarăşului Nicolae Ceauşescu, vom trece neîntârziat la realizarea indicatorului de 20-21 de născuţi vii la mia de locuitori[4].

1. *Informare privind evoluţia principalilor indicatori demografici* (29 nov.1984), AMS, fond DCCPI, dosar 4/1984, nenumerotat.
2. *Raport cu privire la cauzele care au determinat scăderea sporului natural al populaţiei şi măsurile ce se impun a fi luate de Consiliul Sanitar Superior, Ministerul Sănătăţii şi Comisia Naţională de Demografie, în vederea îmbunătăţirii indicatorilor demografici, 6 martie 1984*, AMS, fond Cabinet 1, dosar 3/1983, nenumerotat.
3. *Ibidem*.
4. *Ibidem*.

> Pornind de la aprecierea că întreruperea de sarcină este o crimă se va acţiona cu fermitate pentru sancţionarea drastică a tuturor abaterilor în acest domeniu[1].

Încă de la reorganizarea din 1984, scopul instituţiei era clar, fiind deseori reeditat în documentele oficiale transmise Cancelariei :

> Datorăm secretarului general al partidului iniţiativa constituirii Consiliului Sanitar Superior, organ cu largi atribuţii şi competenţe, chemat să asigure elaborarea în lumina sarcinilor trasate de partid, a liniilor generale, a principalelor obiective ale dezvoltării activităţii de ocrotire a sănătăţii populaţiei, să urmărească înfăptuirea neabătută a politicii partidului şi statului în acest domeniu[2].

În privinţa planurilor şi programelor de măsuri elaborate de CSS pentru creşterea natalităţii, se poate afirma că fiecare dintre acestea era în fapt o transpunere a indicaţiilor date de secretarul general, care, începând cu anul 1983, devin tot mai dese, subiectul fenomenelor demografice fiind abordat în şedinţele CPEx de cel puţin 4-5 ori pe an.

Consultarea stenogramelor CC conturează clar faptul că centrul iniţiativelor în plan demografic era Nicolae Ceauşescu. Oricât de iraţionale erau acestea, întotdeauna aveau susţinerea totală a anturajului. De multe ori în preajma sa se aflau şi specialişti autentici, demografi, medici care cunoşteau fără îndoială situaţia reală şi potenţialele efecte de multe ori dramatice ale fiecărei iniţiative. Teama de marginalizare, conştientizarea zădărniciei demersului şi, nu în ultimul rând, omniprezenţa Securităţii îi determinau de foarte multe ori pe aceştia să-şi limiteze manifestările critice. Mai mult, aceştia încercau, cu toate limitările şi constrângerile, să atenueze consecinţele măsurilor adoptate.

De cealaltă parte se afla o masă de oportunişti, persoane care au avut o carieră ascendentă datorată aproape exclusiv apartenenţei la structurile de partid, faţă de care se simţeau legaţi şi datori. Zelul acestor persoane în aplicarea directivelor secretarului general era o manifestare a acestei datorii.

Ultima categorie era de fapt singura ce făcea parte din structurile decizionale ale partidului, un cor de politruci care, fără o minimă înţelegere a fenomenelor demografice, nu fac altceva decât să susţină iniţiativele aberante ale unui lider rupt de realităţile concrete.

Spre exemplu, una dintre iniţiativele aberante ale lui Ceauşescu, susţinută în şedinţa din 26 aprilie 1983, viza atingerea într-un termen foarte scurt a unui indice de natalitate de 20-22‰ şi a unui spor natural de 9-10‰, cifre care nu au mai fost atinse din 1967-1969, scurta perioada în care şocul Decretului nr. 770 a fost suficient de mare cât să provoace o explozie a natalităţii. Condiţiile însă difereau fundamental. Nici măcar nu se ţine cont de faptul că scăderea natalităţii era un fenomen general în întreaga Europă, România, cu o natalitate de 16,7%, situându-se între primele patru state, depăşită doar de Portugalia cu 17,1‰, URSS cu 19,8‰ şi Albania cu 27,8‰[3].

---

1. *Ibidem*.
2. *Raport privind starea de sănătate a populaţiei*, AMS, fond Cabinet 1, dosar 31/1985, nenumerotat.
3. Mişcarea naturală a populaţiei pentru unele ţări din Europa în perioada 1980-1985, AMS, fond Cabinet 1, dosar 39/1988, nenumerotat.

Astfel, primul document elaborat de către Consiliul Sanitar Superior reorganizat este un *Plan de măsuri pentru creşterea natalităţii şi asigurarea sporului natural al populaţiei*, la redactarea căruia au contribuit Ministerul Sănătăţii, Uniunea Generală a Sindicatelor din România, Consiliul Naţional al Femeilor, Uniunea Tineretului Comunist, Consiliul Naţional al Societăţii de Cruce Roşie, Ministerul Educaţiei şi Învăţământului, Ministerul Agriculturii şi Industriei Alimentare, Ministerul Industriei Chimice, Ministerul Comerţului Interior şi Comisia Naţională de Demografie[1].

Documentul menţionat este în fapt un amestec eterogen de măsuri restrictive centrate pe efecte şi nu pe cauze, cu element central : combaterea întreruperilor de sarcină. Astfel, documentul din 24 septembrie 1983 se conformează indicaţiei liderului comunist ce viza *întocmirea unui program de măsuri privind creşterea numărului naşterilor, bine gândit, bine chibzuit, cu obiective deosebit de îndrăzneţe*[2]. Aceste *obiective îndrăzneţe* urmăreau acea creştere a natalităţii, prin scăderea cu 30% a numărului de avorturi, demararea unui amplu program de examinare ginecologică, în termen de trei luni, a cel puţin 50% dintre femeile încadrate în muncă, la toate cele care se prezintă la examene de angajare şi toate cele internate în spitale, indiferent de secţii. Restul de 50% dintre femei urma a fi examinat la începutul anului 1984.

În urma şedinţei CPEx din 14 noiembrie 1985 este elaborat un alt plan de măsuri ce urmărea aceleaşi obiective nerealiste, prin iniţiative care mai de care mai aberante : controlul profilactic al femeilor între 16 şi 45 de ani, cu prioritate al celor încadrate în muncă, prin examene periodice, consultarea ginecologică obligatorie a tuturor femeilor spitalizate, ample activităţi pentru depistarea precoce a sarcinii şi luarea în evidenţă a gravidelor[3]. Cifrele raportate în privinţa avorturilor nu erau întotdeauna cele reale şi aceasta nu din cauza unor măsluiri, ci a unor stratageme folosite de către responsabili din Ministerul Sănătăţii, care au schimbat metodologia de înregistrare şi raportare a întreruperilor de sarcină[4]. Acest subterfugiu, care a permis raportarea scăderii cu 30% a numărului de avorturi în 1984, a antrenat alte iniţiative aberante, intrându-se într-un cerc vicios. Astfel, următoarea sarcină trasată de către Nicolae Ceauşescu a vizat scăderea cu 60% a numărului de avorturi pentru anul 1986. Planul de măsuri urmărea în această direcţie supravegherea permanentă a comisiilor de întrerupere a cursului sarcinii de către CSS, Miliţie şi Procuratură, încadrarea comisiilor cu persoane care au dovedit corectitudine şi principialitate, rezolvarea avorturilor incomplete doar în cursul dimineţii şi, doar în caz de extremă urgenţă, în timpul nopţii, reducerea avorturilor din cauze medicale, controlarea permanentă a judeţelor cu număr mare de întreruperi de sarcină, sancţionarea cu toată asprimea a personalului sanitar implicat în efectuarea de avorturi ilegale, mergând până la ridicarea definitivă a dreptului de practică medicală şi deferirea organelor de stat, supravegherea continuă a femeilor cu antecedente de avort etc.[5] Chiar şi în privinţa sarcinilor de reducere a mortalităţii infantile, măsurile vizau mai degrabă sancţionarea medicilor şi nu fondul problemei : gravele probleme de infrastructură, lipsa aparaturii medicale, supraaglomerarea spitalelor care ducea le creşterea numărului infecţiilor intra-spitaliceşti ş.a.

1. AMS, fond Cabinet 1, dosar 7/1983, nenumerotat.
2. AMS, fond DCCPI, dosar 24/1981, nenumerotat.
3. *Program de măsuri privind creşterea natalităţii şi a sporului natural al populaţiei în anul 1986*, AMS, fond Cabinet 1, dosar 2/1986, nenumerotat.
4. Vezi capitolul privind evoluţia întreruperilor de sarcină.
5. AMS, fond Cabinet 1, dosar 2/1986, nenumerotat.

Concluzii

Până în 1989, întreaga activitate a CSS poate fi rezumată la o permanentă asumare scriptică a neîndeplinirii indicatorilor demografici şi o continuă angajare a răspunderii pentru îndeplinirea sarcinilor de partid. Şi, pentru ca măsurile să capete o aparentă legitimitate, personaje ca Alexandrina Găinuşe, Lina Ciobanu, Aneta Spornic sau Aneta Ciocan, în calitatea lor de reprezentanţi politici, sunt purtătoare ale mesajului critic ceauşist faţă de activitatea medicilor. Artificialitate, rigiditate, mecanicism, dogmatism, limbaj de lemn, repetare mecanică a unor clişee sunt sintagme care ilustrează desfăşurarea şedinţelor Consiliului Sanitar Superior din această perioadă.

Însă, dincolo de formalismul acestor întruniri, un întreg aparat de stat exercita constrângeri care coborau, pe linie ierarhică, de la directori de direcţii sanitare la directori de spitale, şefi de secţie şi până la personalul medical, cel care, în cele din urmă, avea în mână viaţa pacientului. Se poate considera categoria medicilor ca fiind cea mai afectată, supusă celor mai mari presiuni, pusă de foarte multe ori în situaţia ingrată de a alege între Jurământul lui Hipocrate şi aşa-zisa etică medicală socialistă, în numele căreia numeroase femei au fost lăsate să moară şi mii de persoane au fost condamnate.

Florin S. Soare

Capitolul 6

Implicarea Ministerului de Interne în politica demografică

Introducere

Întregul nostru demers ar fi incomplet fără tratarea problemei Miliţiei şi Securităţii ca parte integrantă a politicii pronataliste ceauşiste. Odată cu definitivarea cadrului legislativ în privinţa întreruperilor de sarcină şi trasarea liniilor generale ale politicii demografice, regimul comunist s-a concentrat asupra unui al doilea aspect important, definitivarea cadrului instituţional necesar implementării măsurilor adoptate după 1966.

Alături de crearea unei reţele instituţionale necesare implementării legislaţiei antiavort (Comisia Naţională de Demografie, Consiliul Sanitar Superior), statul comunist include ca piesă de rezistenţă pentru îndeplinirea obiectivelor demografice Ministerul de Interne, care alături de Ministerul Justiţiei şi Procuratură alcătuiesc latura represivă a întregului proiect.

Ministerul de Interne a fost una dintre instituţiile cele mai prezente în politica demografică, cu un rol fundamental în supravegherea şi controlul populaţiei[1]. Atât Miliţia, cât şi Securitatea erau implicate activ nu doar în depistarea infracţiunilor de avort, ci şi în controlul mijloacelor contraceptive, aşa-numitele controale ginecologice periodice, culegerea de informaţii prin „metode speciale", supravegherea potenţialilor infractori (personal medical, femei cu antecedente de avort provocat, tineri care în decurs de doi ani de la căsătorie nu aveau copii etc.).

După 1990 au fost publicate mai multe studii care ating tangenţial problema acţiunilor desfăşurate de organele Ministerului de Interne împotriva celor acuzaţi de întreruperi ilegale de sarcină. Lucrarea de referinţă este cea a cercetătoarei americane Gail Kligman, care aduce o contribuţie importantă la cunoaşterea naturii proiectului demografic ceauşist. Lucrarea sa reprezentativă, *Politica duplicităţii : controlul reproducerii în România lui Ceauşescu*, încearcă să ofere o perspectivă complexă asupra a ceea ce a însemnat „politica reproducerii" în anii regimului Ceauşescu, inclusiv asupra misiunii organelor MAI[2]. Documentarea subiectului este aproape exclusiv un demers de istorie orală care, deşi extrem de util nu poate contura adevărata natură a implicării instituţiei menţionate.

---

1. Vezi capitolul „Politica demografică a regimului comunist", în Comisia Prezidenţială pentru Analiza Dictaturii Comuniste din România, *Raport Final*, Editura Humanitas, Bucureşti, 2007.
2. Gail Kligman, *op.cit.*, p. 182.

Raportul Comisiei Prezidenţiale pentru Analiza Dictaturii Comuniste din România aduce, prin subcapitolul intitulat „Politica demografică a regimului Ceauşescu", o serie de completări documentate, punctând liniile importante de acţiune ale ministerului[1].

Dosarele identificate în arhiva CNSAS pot contura, deşi încă selectiv, rolul jucat de Ministerul de Interne în ansamblul politicii nataliste ceauşiste, pornind de la sarcini trasate, planuri de măsuri, rapoarte de activitate, informări sau acte premergătoare urmăririi penale.

Capitolul de faţă este structurat în trei secţiuni, prima urmărind îndeaproape plasarea, rolul şi atribuţiile ministerului în procesul de supraveghere, constrângere şi control, prin raportare la proiectul demografic. A doua reprezintă o prezentare succintă a rezultatelor activităţii instituţiei, o analiză cantitativă asupra activităţii Direcţiei Cercetări Penale, urmând ca în final să ilustrăm cu exemple concrete cazuri instrumentate de organele MAI.

Omniprezenţa Ministerului de Interne

Întreaga politică natalistă a României comuniste s-a desfăşurat între 1966 şi 1989, cunoscând în evoluţia sa trei mari etape, fiecare marcată de modificări succesive ale Decretului nr. 770/1966. Implicarea factorului politic a fost determinantă în conturarea unei politici pronataliste ce depăşeşte cu mult simpla penalizare a întreruperilor de sarcină.

O primă perioadă 1966-1973 este caracterizată de o prevalenţă a măsurilor de stimulare a natalităţii (diverse avantaje pentru familiile cu mai mulţi copii), măsurile coercitive având mai mult un rol de exemplu. Începând cu anul 1974, odată cu adoptarea unor noi instrucţiuni de aplicare a decretului antiavort, este inaugurată o nouă etapă în care măsurile represive împotriva celor vinovaţi de încălcarea legislaţiei devin tot mai prezente. Anii '80 în România se traduc prin apogeul măsurilor restrictive în privinţa întreruperilor de sarcină, integrate într-un univers orwellian marcat de omniprezenţa Ministerului de Interne. Acesta devine un instrument legal de aplicare a deciziei politice şi este transformat în adversar al omului simplu, ce trebuia supravegheat, disciplinat şi controlat. Invariabil au fost comise numeroase abuzuri, încălcări ale drepturilor omului.

Obsesia controlului societal al regimului comunist a determinat crearea sau utilizarea reţelei instituţionale represive existente pentru atingerea unui obiectiv demografic, creşterea populaţiei. Implicarea Ministerului de Interne şi mai cu seamă a Miliţiei este una graduală, ce corespunde acestor etape.

Într-o primă etapă, cuprinsă între 1966 şi 1973, atribuţiile Miliţiei stipulate de legislaţia antiavort erau limitate la depistarea şi demararea acţiunilor de urmărire penală împotriva celor care efectuau întreruperi de sarcină.

Ordinul ministrului Sănătăţii nr. 410/1973 stabileşte pentru prima dată o serie de atribuţii prin punctele 8-13, care sunt mai degrabă obligaţii de ordin birocratic pentru medici, şefi de secţie, directori de spitale, de direcţii sanitare şi vizează : obligativitatea anunţării Miliţiei şi/sau Procuraturii în cazul suspiciunii de avort provocat, analiza lunară a întreruperilor de sarcină a directorului Direcţiei Sanitare împreună cu organele de Miliţie şi Procuratură şi semnalarea acestora din urmă a cazurilor suspecte de medici care efectuează ilegal intervenţii[2].

1. Comisia Prezidenţială pentru Analiza Dictaturii Comuniste din România, Vladimir Tismăneanu (coord.), *Raport final*, Editura Humanitas, Bucureşti 2007, pp. 421-436.
2. AMS, fond Ordine MS, dosar 5/1973, f. 43.

În data de 7 septembrie 1973 Theodor Burghele convoacă o şedinţă prin care comunică cadrelor de răspundere din minister şi direcţii sanitare, şefilor de maternităţi necesitatea revizuirii Ordinului nr. 410 conform indicaţiilor primite, reiterând responsabilitatea directă pe care o au aceştia în aplicarea cu stricteţe a legislaţiei şi obligativitatea „conlucrării cu organele procuraturii locale şi cele ale miliţiei în urmărirea cazurilor de avort provocat”[1].

Odată cu publicarea unor noi *Instrucţiuni*[2] de aplicare a Decretului nr. 770/1966 începe implicarea efectivă a Miliţiei, căreia i se atribuie alături de Procuratură un rol fundamental în procesul de supraveghere a politicii demografice. Conform articolului nr. 25 al *Instrucţiunilor*, în cazul necesităţii efectuării unei intervenţii în regim de urgenţă pentru un avort provocat, medicul implicat era obligat să notifice verbal şi în scris organul de Miliţie, completând într-un registru special numărul şi ora de înregistrare a anunţului.

De asemenea un reprezentant al inspectoratului judeţean de miliţie, alături de un medic obstetrician-ginecolog, un procuror erau numiţi în comisiile de avizare a întreruperii cursului sarcinii.

Pentru anul 1974 efectele măsurilor adoptate (Ordinul nr. 410/1974 şi *Instrucţiunile* nr. 27/1974), împreună cu acţiunile susţinute din partea organelor de Miliţie şi Procuratură, se regăsesc în creşterea numărului de naşteri cu 49.036 faţă de anul anterior (cu aproximativ 11%). Natalitatea urcă de la o valoare de 18,2‰ în 1973 la 20,3‰ în 1974.

Chiar şi în aceste condiţii autorităţile comuniste se declară nemulţumite de evoluţia sporului natural şi decid sporirea rolului instituţiilor represive.

După cum spuneam anterior, statul comunist s-a asigurat că întregul „proiect demografic”, mai exact esenţa acestuia – legislaţia adoptată antiavort –, va fi respectată întocmai prin punerea în mişcare a unui sistem de supraveghere şi control extins la nivelul întregii ţări şi controlat ierarhic. În efortul de a garanta implementarea corectă a politicilor demografice au fost emise instrucţiuni, dublate de planuri de măsuri pentru toate instituţiile de stat şi personalul responsabil (pornind de la cadre medicale până la Miliţie şi Procuratură).

Un astfel de plan de măsuri al Inspectoratului General al Miliţiei, datat 1 septembrie 1973, aprobat de ministrul de Interne Emil Bobu, poate contura rolul şi gradul de implicare al organelor MI-ului[3].

Dacă vorbim despre subiectul infracţiunii, organele de Miliţie aveau în vedere identificarea, supravegherea şi depistarea persoanelor „pretabile” la astfel de infracţiuni. Aici erau încadraţi : medici ginecologi (activi sau pensionaţi) sau de altă specialitate care îşi desfăşoară activitatea în maternităţi sau cabinete medicale, cadre didactice şi studenţi la Medicină şi Farmacie, personal sanitar mediu (asistente medicale, surori, moaşe), moaşe care folosesc mijloace empirice, persoane care practică ilegal medicina, personal medical cercetat disciplinar, persoane despre care există informaţii că deţin sau încearcă să introducă în ţară anticoncepţionale, instrumente, medicamente, substanţe folosite la

1. AMS, fond Ordine MS, dosar 6/1973, p. 285.
2. *Instrucţiunile nr. 27 din 17 ianuarie 1974, de aplicare a Decretului nr. 770/1966 pentru reglementarea întreruperii cursului sarcinii, pentru rezolvarea avortului incomplet şi îmbunătăţirea asistenţei medicale de obstetrică-ginecologie* – AMS, Fond Ordine MS, dosar 1/1974, ff. 105-174.
3. *Plan de măsuri privind aplicarea cu fermitate a dispoziţiilor legale care reglementează întreruperea cursului sarcinii şi îmbunătăţirea muncii de prevenire şi reprimare a infracţionalismului pe această linie*. ACNSAS, fond Documentar, dosar 8662, vol. 6, ff. 294-304.

întreruperi de sarcină, personal medical cercetat disciplinar sau penal, femei gravide asupra cărora există suspiciuni[1].

Unităţile centrale de Miliţie şi Securitate urmau a mobiliza în depistarea şi documentarea activităţii infracţionale a acestor persoane toate mijloacele posibile de care ministerul dispune, respectiv : investigaţii, surse de informaţii, filaj, pândă, tehnica operativă, audieri secrete şi conspirative. Mediile predilecte erau : maternităţi şi spitale, cabinete medicale de obstetrică-ginecologie, circumscripţii şi dispensare medicale teritoriale umane şi veterinare, unităţi medicale din întreprinderi sau instituţii şi posturi de prim ajutor[2].

Ofiţeri din Direcţia de Cercetări Penale sau Judiciară făceau parte din comisiile de autorizare a întreruperii cursului sarcinii. De asemenea, prezenţa unui reprezentant al Miliţiei la şedinţele periodice ale direcţiilor sanitare judeţene era obligatorie. Aceştia trebuiau să aducă la cunoştinţa cadrelor sanitare exemple negative din activitatea medicilor.[3]

O altă misiune a organelor MAI era aceea de a acoperi informativ unităţile sanitare, cu o atenţie deosebită asupra recrutării de informatori în maternităţi, spitale, cabinete de obstetrică şi ginecologie, dispensare sau unităţi medicale de întreprindere.

Delaţiunea şi-a găsit în acest context un nou teren propice. Informaţiile despre efectuarea de avorturi ilegale constituiau deseori mijloace de şantaj, răzbunare. Numeroase note informative sau scrisori de denunţare se regăsesc în arhiva CNSAS :

> Sursa informează : în secţia maternitate dr. M.P. de la bolnavele cu avorturi pretinde bani ca să le facă chiuretaj, cum a fost cazul bolnavei B.M. de la staţia de incubat. Au fost cazuri cu avorturi pentru care a insistat să li se facă chiuretajele ca de exemplu : C.M. din strada Vasile Alecsandri nr. 19, salariată la spitalul din Caracal etc.[4]

> Vă informăm că numitei G.C. din Oraşul Dorohoi I s-a efectuat o întrerupere de sarcină în cadrul spitalului orăşenesc din localitate. – Semnat : un grup de cetăţeni – [5]

Un rol important le revenea Direcţiei Generale a Penitenciarelor, comandanţilor locurilor de deţinere şi ofiţerilor de contrainformaţii care urmau să asigure supravegherea informativă a deţinuţilor din penitenciare condamnaţi pentru avorturi ilegale, în vederea obţinerii de noi informaţii[6].

Relaţia cu personalul sanitar. Ingerinţe în actul medical

În majoritatea maternităţilor exista un ofiţer de Securitate sau un miliţian ce urmăreau îndeaproape procedurile medicale, de multe ori chiar asistând la actul medical[7]. Acesta intervenea în momentul în care la urgenţă se prezentau paciente cu suspiciune de avort

1. *Ibidem*, f. 298.
2. *Ibidem*, f. 297.
3. „Plan de măsuri privind îmbunătăţirea muncii organelor de Miliţie pentru aplicarea cu fermitate a dispoziţiunilor legale care reglementează întreruperea cursului sarcinii şi intensificarea activităţii de prevenire şi reprimare a infracţionalismului pe această linie" – document publicat de către Monica Grigore în *Dosarele Istoriei*, 2003, 8, nr. 8, pp. 54-56.
4. ACNSAS, fond Documentar, dosar 138, vol. 3, f. 203.
5. ACNSAS, fond Documentar, dosar 1686, vol. 6, f. 243.
6. ACNSAS, fond Documentar, dosar 8662, vol. 6, f. 299.
7. Gail Kligman, *op.cit.*, p 182.

provocat. De cele mai multe ori ei acţionau înaintea medicului, luând declaraţii de la femeie şi chiar condiţionând acordarea asistenţei medicale de recunoaşterea aplicării manevrelor abortive sau denunţarea după caz a eventualilor complici. Presiunile exercitate asupra medicilor, teama de o eventuală cercetare penală pentru complicitate îi determinau pe aceştia să temporizeze nejustificat intervenţiile chirurgicale, context în care puteau apărea complicaţii ale stării de sănătate a celei internate, nu de puţine ori acestea soldându-se cu decesul pacientei. Constatările dintr-un raport asupra evoluţiei principalelor fenomene demografice şi a stării de sănătate a populaţiei pentru anul 1976 sunt elocvente :

> Ca urmare a diversităţii şi simplităţii manevrelor avortive, cu toate măsurile preventive şi controalele efectuate de organele sanitare, de miliţie şi procuratură, numărul avorturilor provocate este încă mare, iar cazurile descoperite, femeile, de teama rigorilor legii, nu declară nimic despre metodele utilizate sau persoanele care au provocat avortul, chiar cu riscul vieţii lor[1].

Vina era evident aruncată asupra celei decedate, care prin nedenunţarea celui care-i provocase întreruperea de sarcină îşi expunea sănătatea şi chiar viaţa. Prezentăm un caz din arhiva CNSAS.

> Numita B.A. de 35 de ani, gravidă în luna a VI-a s-a prezentat la dispensarul medical din Zalău în data de 11 ianuarie 1987 cu diagnosticul de iminenţă de avort, cu membranele rupte. Tratamentul prescris de dr. S.M., fiica lui T. şi A, născută la (…) membră de partid, a urmărit temporizarea avortului cu scopul de a obţine de la pacientă declaraţii cu privire la manevrele avortive. Deşi starea de sănătate a pacientei s-a agravat, fătul avea expulzat un antebraţ şi existau motive pentru o intervenţie chirurgicală, aceasta nu s-a efectuat întrucât pacienta nu a relatat nimic la ceea ce i se imputa. După internare nu s-au solicitat investigaţii clinice de laborator pentru a stabili evoluţia stării de sănătate a pacientei până pe data de 14.01.1987. În repetate rânduri pacienta a fost ameninţată că nu se va interveni pentru ameliorarea stării de sănătate dacă nu va recunoaşte modul în care şi-ar fi provocat avortul. Din datele pe care le deţinem nu există indicii pentru un avort provocat mai ales în condiţiile în care în luna a doua de sarcină s-a prezentat la dispensarul medical din comuna Agriş unde a fost luată în evidenţă. În ziua de 14 I 1987 orele 15 în timpul intervenţiei chirurgicale executată tardiv pacienta a decedat. (…) Din verificările efectuate rezultă că o intervenţie efectuată în prima sau a doua zi de spitalizare făcea ca viaţa pacientei să fie salvată cu riscuri minime. Menţionăm ca pacienta era mamă a patru copii, avea în întreţinere pe tatăl său paralizat şi pe soţ cu semi-paralizie de mai mulţi ani.[2]

O astfel de procedură reprezintă fără doar şi poate un abuz. Sigur, nu putem generaliza spunând că aceasta era o practică curentă, însă există numeroase mărturii ale medicilor, pacientelor care pun în evidenţă abuzurile comise de lucrători ai organelor de Miliţie. Pe de o parte putem vorbi de limitele legale de acţiune, competenţe stipulate în lege, iar pe de altă parte de abuzurile generate de excesul de zel al unor persoane dornice de avansare într-un sistem bazat de cele mai multe ori pe latura cantitativă a activităţii.

1. Raport asupra evoluţiei principalelor fenomene demografice şi a stării de sănătate a populaţiei în anul 1976, Cabinet 1, dosar 10/1976.
2. ACNSAS, fond Documentar, dosar 8570, vol. 3, f. 111.

Controale ginecologice periodice

O practică extrem de controversată la care participa prin organele sale şi MI-ul era reprezentată de aşa-numitele controale ginecologice periodice şi inopinate. Denumirea oficială era controlul ginecologic periodic şi obligatoriu al întregului „efectiv" feminin fertil.

Sub pretextul efectuării de screening-uri pentru depistarea potenţialelor afecţiuni ginecologice şi protejarea stării de sănătate a femeii, aceste controale făceau parte din procesul de „supraveghere" ce avea în vedere depistarea şi înregistrarea timpurie a sarcinii. Din acelaşi motiv, orice control medical general pentru femeie începea cu o examinare ginecologică.[1]

Acţiunile se desfăşurau în fabrici, instituţii cu personal majoritar feminin şi chiar licee şi şcoli. Controalele erau marcate de prezenţa unui medic ginecolog şi a unui reprezentant al MI-ului şi erau de obicei anunţate cu o zi înainte, multe femei reuşind astfel să evite aceste controale, nu neapărat din cauza faptului că încercau să ascundă o sarcină, ci mai ales din cauza repulsiei provocate de controlul în sine.

Un exemplu de sarcini care reveneau instituţiilor de stat în privinţa controlului populaţiei (în special al celei feminine de vârstă între 16 şi 45 de ani) pot fi regăsite într-un *Program de măsuri cu caracter secret* difuzat în Ministerul Sănătăţii pe data de 25 septembrie 1986.

Scopul real al acestor controale era legat de luarea în evidenţă a potenţialelor sarcini şi mai puţin de depistarea unor afecţiuni ginecologice.

De altfel, controalele efectuate tinerelor cupluri care în primii doi ani de la căsătorie nu au avut copii evidenţiază clar felul în care statul comunist se raportează la propriii cetăţeni, pornindu-se de la premisa că fiecare femeie sau cuplu sunt potenţiali infractori.

Nu în ultimul rând organelor de Miliţie le revenea un rol educativ. Alături de Procuratură şi Justiţie, trebuiau să popularizeze reglementările privind întreruperea cursului sarcinii :

> Consiliul Sanitar Superior, Ministerul Sănătăţii împreună cu organele Ministerului de Interne, Procuraturii Generale şi Ministerului de Justiţie vor intensifica activitatea de cunoaştere de către toţi cetăţenii a documentelor de partid şi ale legilor ţării privind înfăptuirea politicii demografice, antrenând şi alţi factori cu atribuţii în acest domeniu, cum sunt consiliile oamenilor muncii, conducerile întreprinderilor economice, ale instituţiilor, organizaţiilor UTC, sindicat, femei, în vederea creşterii contribuţiei acestora la educarea şi conştientizarea populaţiei în scopul sporirii natalităţii, ca prevenirea şi combaterea întreruperilor ilegale de sarcină[2].

1. Doina Pasca Harsanyi, „Women in Romania", în Nanette Funk, Magda Mueller (coord.), *Gender Politics and post-communsim*, Routledge, New York, 1993, p. 46.
2. ANIC, fond CC al PCR, Secţia Administrativ-Politică, dosar 8/1972, ff. 16-17.

Tabelul 1. *Program pentru aducerea la îndeplinire a sarcinilor şi măsurilor stabilite de Comisia pentru Sănătate, Muncă, Asigurări Sociale şi Protecţia Mediului a Marii Adunări Naţionale pentru îndeplinirea cu mai multă fermitate şi răspundere a directivelor de partid şi a reglementărilor referitoare la creşterea demografică a populaţiei*

Nr. crt.	Sarcina şi măsura stabilită de comisie	Modul de realizare	Termen	Răspund
	1	2	3	4
1	Reducerea numărului întreruperilor de sarcină, îndeosebi al avorturilor provocate, depistarea şi combaterea factorilor de risc care pun în pericol sănătatea şi viaţa femeii şi a copilului	• examinarea medicală a tuturor femeilor încadrate în muncă din grupa de vârstă 16-45 de ani, în vederea cunoaşterii stării de sănătate şi a tratării precoce a afecţiunilor ce pot influenţa negativ evoluţia sarcinii	trimestrial	dispensarele medicale de întreprinderi şi conducerile unităţilor sanitare
		• examinarea medicală a femeilor din grupa de vârstă 16-45 ani, îndeosebi a celor cu antecedente abortive, şi a tinerelor cupluri care în primii 2 ani de la căsătorie nu au avut copii	semestrial	dispensarele medicale teritoriale
		• efectuarea de acţiuni comune cu organele de Procuratură şi Miliţie în vederea depistării focarelor avortogene şi luării de măsuri urgente pentru lichidarea acestora	permanent	Ministerul de Interne, Ministerul Sănătăţii, direcţiile sanitare, Procuratura
		• supravegherea permanentă în colaborare cu organele de Miliţie şi Procuratură a respectării stricte a instrucţiunilor privind funcţionalitatea comisiilor de avizare a întreruperii cursului sarcinii şi rezolvarea avortului incomplet	permanent	Ministerul Sănătăţii, direcţiile sanitare, Organele de Miliţie şi Procuratură

Sursă: AMS, fond DCCPI, dosar 7/1987, nenumerotat.

Rezultatele activităţii

În numai 4 luni de la intrarea în vigoare a Decretului nr. 770, verificările efectuate de organele de Miliţie, între septembrie 66/februarie1967 au condus la trimiterea în judecată a 26 de persoane (dintre care 2 medici) pentru provocarea avortului, fiind condamnate la închisoare 8 persoane (5 femei, 2 moaşe empirice, 1 medic). La nivelul lunii februarie se aflau încă în cercetare un număr de 423 de persoane suspectate (femei, cadre sanitare medii, medici).[1] Pe lunile decembrie şi ianuarie se înregistrau un număr de 19.106 urgenţe pentru avort spontan şi provocat. Între 1967-1973 au fost inculpate 6.350 de persoane (în medie 1.060 anual).[2]

În anul 1972, pe baza indicaţiilor conducerii de partid şi a bilanţului MFA şi MI din cadrul CC al PCR, Secţia Organizatorice şi Secţia pentru Controlul Muncii au efectuat un control în 12 judeţe şi municipiul Bucureşti pentru verificarea modului de acţiune în privinţa „asigurării asistenţei medicale a populaţiei, folosirii condiţiilor materiale create în acest scop urmărindu-se în acelaşi timp eficienţa muncii politico-educative în rândul personalului sanitar”[3].

În nota cu caracter secret întocmită pe 5 septembrie 1972 erau precizate deficienţele în legătură cu aplicarea strictă a prevederilor Decretului nr. 770/1966 de către cadrele medicale la cele 77 de spitale, 42 de policlinici, 53 de circumscripţii medicale şi 53 de dispensare de întreprinderi şi rurale controlate.[4] În document este semnalat un număr de 220 de cadre medico-sanitare trimise în judecată şi condamnate în perioada scursă de la adoptarea legislaţiei anti-avort.

În ultimul trimestru al anului 1973 au fost inculpate 2.058 persoane, dintre care 194 (cca 10%) cadre medico-sanitare. Una dintre principalele probleme semnalate viza reticenţa direcţiilor sanitare de a anunţa organele MAI şi ale Procuraturii în legătură cu cazurile suspecte. Doar la nivelul a şase judeţe (Alba, Arad, Braşov, Caraş-Severin, Galaţi, Teleorman) au existat înştiinţări în legătură cu activitatea a 9 persoane suspectate de întreruperi de sarcină, dintre care numai 2 medici: „Restul direcţiilor sanitare au afirmat că analiza epidemiologică a întreruperilor de sarcină nu i-a condus la suspectare de cadre medico-sanitare, ci în special la persoane din afara cadrului sanitar, pe care bineînţeles le-au transmis spre supraveghere şi organelor de miliţie şi procuratură”[5].

În data de 20 mai 1974, în şedinţa secretariatului CC al PCR din ziua de 20 mai 1974 s-a discutat pe ordinea de zi *Raportul privind activitatea Ministerului de Interne* pe anul 1973. În situaţia expusă de Gheorghe Pană se reproşează lipsa de eficienţă în depistarea întreruperilor ilegale de sarcină „în 8 luni când nu am acţionat suficient de clar, am depistat un număr mic de asemenea întreruperi”. În schimb, între lunile ianuarie-mai s-au înregistrat de trei ori mai multe cazuri[6]. În ultimele 8 luni ale anului 1973 au fost

1. ANIC, fond CC al PCR, Secţia Administrativ-Politică, dosar 7/1967, f. 124.
2. AMS, fond Cabinet 1, dosar 4/1974, nenumerotat.
3. ANIC, fond CC al PCR – Secţia Administrativ-Politică, dosar nr. 8/1972, f. 16.
4. *Ibidem*, f. 15. Vezi şi CPADCR, *Raport final*, Editura Humanitas, Bucureşti, 2007, p. 431.
5. *Informare din 19 martie 1974 asupra evoluţiei natalităţii, întreruperilor de sarcină şi mortalităţii materne prin avort septic în anul 1973*. AMS, fond Cabinet 1, dosar 4/1974, nenumerotat.
6. ANIC, fond CC al PCR, Secţia Cancelarie, Dosar 59 din 1974, f. 17

descoperite 840 de infracţiuni de avort, în timp ce în ultimele 4 luni ale anului 1974 au fost identificate 2.200 de asemenea cazuri.[1]

Deşi nu se precizează explicit, această intensificare a activităţii în ultimele patru luni poate fi pusă pe seama înăspririi politicii demografice, concretizată prin adoptarea *Instrucţiunilor* nr. 27 din 17 ianuarie 1974 de aplicare a aplicare a Decretului nr. 770/1966.

În documentul menţionat medicul care efectua o intervenţie de rezolvare a unui avort incomplet în afara orelor de program trebuia să anunţe organul de Miliţie local şi să completeze în formularul aferent al menţiunii organului de Miliţie şi calitatea persoanei căreia i s-a făcut anunţul telefonic, numărul şi ora înregistrării. În fiecare lună se desfăşura o analiză asupra „felului în care se respectă legalitatea întreruperilor de sarcină". Alături de directorul direcţiei sanitare, un medic legist, medici directori de spitale şi medici obstetricieni-ginecologi – şefi de secţii – trebuiau să participe inspectorul-şef al Inspectoratului Judeţean al Ministerului de Interne şi procurorul-şef al judeţului. Aceştia din urmă trebuiau informaţi de directorii Direcţiei Sanitare cu privire la cazurile de medici suspectaţi de practică ilegală a întreruperilor de sarcină.[2]

Într-o informare referitoare la *prevenirea şi descoperirea infracţiunilor de provocare ilegală a avorturilor* se estima un procent de 71% al depistării avorturilor nelegale înregistrate. Pentru anul 1974 organele de Miliţie au investigat 7.882 de infracţiuni faţă de 3.041 în anul 1973[3] (tabelul 2). În primul trimestru al anului 1973 erau deja în cercetare 2.374 de cazuri.

Aceeaşi informare prezenta ca rezultate ale activităţii organelor de Miliţie creşterea sporului natural de la 8,3‰ în 1973 la 11,2‰ în 1974, creşterea numărului de gravide aflate în evidenţă cu peste 37.000, scăderea numărului de avorturi spontane de la 211.150 în 1973 la 176.284 în 1974 (exista suspiciunea că în spatele avorturilor spontane se aflau de fapt avorturi provocate), organizarea a 245 de procese publice în cursul anului 1974 împreună cu organele de Procuratură şi Justiţie.[4]

Într-un Raport al CC al PCR, Secţia pentru Problemele Militare şi Justiţie, datat 25 august 1986[5], erau semnalate „neajunsuri în munca de educaţie cetăţenească, cât şi în activitatea de prevenire, descoperire, cercetare şi sancţionare a manifestărilor infracţionale desfăşurată de organele judiciare"[6].

1. *Ibidem*, f. 27
2. *Instrucţiunile Nr. 27 din 17 ianuarie 1974, de aplicare a Decretului Nr. 770/1966 pentru reglementarea întreruperii cursului sarcinii, pentru rezolvarea avortului incomplet şi îmbunătăţirea asistenţei medicale de obstetrică-ginecologie* – AMS, Fond Ordine MS, Dosar 1/1974, f. 119.
3. ANIC, fond CC al PCR, Secţia Administrativ-Politică, dosar 1/1975, f. 68.
4. ANIC, fond CC al PCR, Secţia Administrativ-Politică, dosar 1/1975, f. 69.
5. Raport privind concluziile controlului efectuat în semestrul I, 1986, în legătură cu activitatea organelor de Miliţie, Procuratură şi Justiţie, a organelor şi organizaţiilor de partid, cât şi a altor factori pentru prevenirea şi combaterea actelor de parazitism social, violenţă, împotriva vieţii şi sănătăţii persoanelor ori avutului sau drepturilor legitime ale acestora. ANIC, fond CC al PCR, Secţia Administrativ-Politică, dosar 18 din 1986 ff. 3-10.
6. *Ibidem*, f. 8.

Tabelul 2. *Situaţia infracţiunilor de avort în 1974 şi trimestrul I, 1974, comparativ cu trimestrul I 1975*

Infracţiuni/participanţi	Perioada comiterii infracţiunilor		
	1974	Trim. I/1974	Trim. I/1975
Infracţiuni descoperite:	7.882	1.889	2.374
- mediul urban	5.593	1.222	1.874
- mediul rural	2.289	667	500
- în unităţi sanitare	45	13	27
Avorturi soldate cu decesul mamei	87	20	26
Numărul inculpaţilor	4.835	1.192	1.369
Structura participanţilor			
- medici	71	14	8
- personal sanitar mediu	335	93	76
- moaşe empirice	15	5	4
- alte ocupaţii	588	160	191
- femei singure	419	100	117
- femei care au consimţit	3.407	820	973
După sex			
- bărbaţi	233	47	59
- femei	4.602	1.145	1.310
După vârstă			
- 14-18 ani	57	12	10
- 18-26 ani	1.795	434	463
- peste 26 ani	2.983	746	896

Sursă: ANIC, fond CC al PCR, Secţia Administrativ-Politică, dosar 1/1975, f. 69.

Hotărârea Comitetului Politic Executiv al CC al PCR cu privire la creşterea răspunderii organelor şi organizaţiilor de partid, organelor de stat şi cadrelor medico-sanitare în înfăptuirea politicii demografice şi asigurarea unui spor corespunzător al populaţiei din 3 martie 1984 (vezi capitolul privind legislaţia) a pus în mişcare un întreg mecanism de supraveghere coordonat de organele MAI. Între deficienţele semnalate la nivelul ministerului se regăsesc „deficienţe în ceea ce priveşte aducerea la îndeplinire a sarcinilor privind înfăptuirea politicii demografice". În primul rând se reproşa diminuarea eficacităţii în activitatea de supraveghere în domeniul infracţiunilor de avort şi faptul că o intensificare a acţiunilor în această privinţă s-a produs numai ca „urmare a analizei hotărârii Comitetului Politic Executiv al CC al PCR".

Între realizări era menţionată trimiterea în judecată în cursul anului 1985 pentru infracţiunea de avort a 2.569 de persoane, dintre care 60% femei care şi-au provocat avort. Din cei 40% mare parte nu aveau pregătire sanitară scopul comiterii infracţiunii fiind constituit de obţinerea de foloase materiale. Din personalul sanitar cercetat în cursul anului 1985 şi primul trimestru din 1986, 33 au fost medici, iar 177 cadre sanitare medii, mulţi dintre aceştia fiind recidivişti.

La scurt timp după Investirea în funcţie, ministrul Sănătăţii, Victor Ciobanu (29 martie 1985 – 22 decembrie 1989), reafirmă necesitatea aplicării cu mai mare duritate a legislaţiei anti-avort prin implicarea tot mai pregnantă a instituţiei cu rol de supraveghere şi control : „Vom face apel la organele Ministerului de Interne pentru a depista focarele avortogene în care mai există elemente criminale”.[1]

Personal medico-sanitar cercetat de organele MAI/cazuri

1. *Cazul medicului Gheorghe P. de la maternitatea Vălenii de Munte (Jud. Prahova) – împreună cu trei asistente de la aceeaşi maternitate au efectuat 47 avorturi fiind depistaţi de către organele de miliţie după decesul unei femei însărcinate*[2]. (cercetat în cursul anului 1972)
2. *Cazul unei asistente medicale din Bucureşti (Nicoleta B.). În decurs de 4 ani a efectuat peste 200 de avorturi*[3]. (cercetată în cursul anului 1972)
3. *Cazul medicului Virgil C. care împreună cu asistentul Vasile C. de la punctul sanitar al fabricii Tricodava a aprobat efectuarea de întreruperi de sarcină tuturor femeilor vaccinate împotriva variolei. În acest caz cei doi au profitat de o omisiune într-o Circulară a Direcţiei Sanitare a Municipiului Bucureşti în care nu se preciza obligativitatea controlului ginecologic înaintea vaccinării*[4]. (cercetaţi în cursul anului 1972)
4. *Cazul medicului D. Iuliu – spitalul din Sighetul Marmaţiei cercetat pentru numeroase infracţiuni de întrerupere de sarcină. La percheziţia domiciliară s-au descoperit suma de 1.040.000 lei*[5]. (cercetat în cursul anului 1975)
5. *Cazul medicului Radu P. de la circumscripţia sanitară Caraş Severin cercetat pentru efectuarea a peste 150 de avorturi ilegale în perioada 1972-1974 acumulând bunuri în valoare de 600.000 lei*[6]. (cercetat în cursul anului 1975)
6. *Cazul asistentului medical Alexandru I. – Spitalul P.T.T.R. din Bucureşti şi student în anul V la Facultatea de Medicină a efectuat o manevră avortivă soldată cu decesul femeii. Ulterior cu complicitatea soţiei şi a altor persoane a secţionat cadavrul pe care l-au îngropat într-o magazie de la domiciliu său*[7]. (cercetat în cursul anului 1975)
7. *Cazul medicului C. Veronica din Ploieşti. Având complicitatea unei persoane a provocat avort unei femei care în cele din urmă a decedat. Cadavrul femeii a fost secţionat, ambalat în geamantane, îngropate într-o pădure din apropierea oraşului Predeal*[8]. (cercetaţi în cursul anului 1975)
8. *Cazul unui medic psihiatru de la o policlinică din Târgu Mureş – condamnat anterior pentru avort. După ispăşirea pedepsei şi reîncadrarea pe funcţie în aceeaşi*

1. ANIC, fond CC al PCR, Secţia Cancelarie, dosar 50/1985, f. 44.
2. ANIC, fond CC al PCR, Secţia Administrativ-Politică, dosar 8/1972, f. 16.
3. *Ibidem*, f. 16.
4. *Ibidem*, ff 16-17.
5. ANIC, fond CC al PCR, Secţia Administrativ-Politică, dosar 1/1975, f. 68.
6. *Ibidem.*
7. *Ibidem.*
8. *Ibidem.*

unitate sanitară a efectuat 15 noi întreruperi de sarcină, una soldată cu decesul femeii însărcinate[1]. (cercetat în cursul anului 1986)

9. *Cazul unui medic ginecolog de la Spitalul din Râmnicu Vâlcea care a efectuat mai multe avorturi ilegale. La percheziţia domiciliului s-au găsit CEC-uri şi sume de bani în valoare de peste 800.000 lei, 270 sticle de băuturi străine şi o importantă cantitate de cafea*[2]. (cercetat în cursul anului 1986)
10. *Cazul unui medic ginecolog din Câmpina suspectat pentru provocarea a 5 avorturi. La percheziţia domiciliară au fost descoperite şi ridicate 32 de instrumente avortive*[3]. (cercetat în cursul anului 1986)
11. *Cazul a 2 medici, trei surori medicale şi o infirmieră de la Maternitatea Caritas din Bucureşti au efectuat mai multe întreruperi ilegale de sarcină contra unor sume de bani*[4]. (cercetaţi în cursul anului 1986)
12. *Cazul M. Ioan Radu 43 de ani medic ginecolog de la Spitalul din Negreşti-Oaş – Satu Mare în complicitate cu asistentul său M. Vasile 39 de ani au efectuat peste 50 de întreruperi ilegale de sarcină. La percheziţia autovehiculului medicului organele de miliţie au descoperit 300 dolari SUA, 100 de mărci vest-germane şi 12.000 lei, iar în apartamentul său au fost identificate 90 de grame de aur sub formă de bijuterii, un videocasetofon, mobilă stil, şapte tablouri susceptibile de a face parte din patrimoniul cultural naţional şi alte bunuri mobile, în valoare de circa 1.000.000 lei*[5]. (cercetaţi în cursul anului 1986)
13. *Cazul F. Zoltan-Emeric 56 ani medic specialist psihiatru Spitalul judeţean din Baia Mare a întrerupt cursul normal al sarcinii la 25 de femei, unora dintre ele de câte 2-5 ori, în schimbul primirii de la fiecare a unor sume între 1.500-3.000 lei, utilizând instrumente avortive care nu au fost descoperite la domiciliul său*[6]. (cercetat în cursul anului 1986)
14. *Cazul T. Dan Sorin, 64 de ani, şeful clinicii de obstetrică-ginecologie „Elena Doamna" din Iaşi şi C.S. Doina, medic secundar la aceeaşi unitate au provocat avorturi la trei femei una dintre ele rămânând cu o infirmitate permanentă. În locuinţa primului au fost descoperite : o trusă completă de sterilete, 30 de grame de bijuterii din aur, 9 tablouri (4 susceptibile a face parte din patrimoniul cultural naţional) aparatură electronică şi bani în valoare de 130.000 lei*[7]. (cercetaţi în cursul anului 1986)
15. *G. Victor – fost medic ginecolog, pensionar din Câmpina jud. Prahova cercetat pentru cinci infracţiuni de avort şi alte fapte penale. Au fost ridicate în vederea cercetării şi confiscării opt monede de aur interzise la deţinere, 100 grame bijuterii din aur, 200 de mărci vest-germane, CEC-uri şi numerar însumând 125.000 lei şi 32 instrumente avortive*[8]. (cercetat în cursul anului 1986)
16. *C. Niculina Maria, 48 de ani, asistentă medicală – Policlinica judeţeană Slatina care împreună cu o muncitoare din municipiu, în schimbul unor sume cuprinse între*

1. ANIC, Fond CC al PCR, Secţia Administrativ-Politică, dosar 18/1986, f. 7.
2. *Ibidem*.
3. ANIC, Fond CC al PCR, Secţia Administrativ-Politică, dosar 15 din 1986, f. 92.
4. *Ibidem*.
5. AMS, fond DAM-OMCT, dosar 15/1984, nenumerotat.
6. *Ibidem*.
7. *Ibidem*.
8. *Ibidem*.

500-1.000 lei a întrerupt cursul sarcinii la şase femei, prin introducerea în cavitatea uterină a unei sonde Nelaton, manoperă care a pus grav în pericol viaţa unei studente la Facultatea de hidrotehnică Bucureşti[1]. (cercetate în cursul anului 1986)

17. *L. Maria, 46 de ani, infirmieră la Spitalul nr. 3 Brăila, care utilizând metoda instilării în cavitatea uterină a unei soluţii de ser fiziologic, a întrerupt cursul normal al sarcinii unei femei*[2]. (cercetată în cursul anului 1986)

Caz Arhiva MAI[3]

Dosarul 251/1975 al Procuraturii militare Constanţa, *privitor la plut. major rezervă M. Ioan, fost şef al postului de miliţie din Comuna Ion Corvin, judeţul Constanţa, trimis în judecată pentru infracţiunea de cercetare abuzivă (art. 266 alin.3 cod penal). În lunile februarie-martie 1974, efectuând cercetare penală referitor la întreruperea sarcinii de către Ana R. din comuna Ion Corvin, judeţul Constanţa, cu care avusese relaţii intime în perioada 1972-1973, a determinat prin ameninţări pe martorele Vintilă Florica şi Stoian Tinca să nu declare că aflaseră despre sarcina sus-numitei şi nici că s-a sustras de la recoltarea probelor pentru evidenţierea acesteia, iar pe B. Maria a forţat-o să certifice că a participat ca martoră asistentă, deşi nu participase, la ascultarea martorei neştiutoare de carte C. Petra, în a cărei depoziţie subofiţerul consemnase că, lucrând în vara anului 1973 împreună cu Ana R., nu constatase că era însărcinată. Pe baza probelor, produse în modul abuziv şi incorect menţionat, plut. maj. M Ioan a propus neînceperea urmăririi penale faţă de Ana R.*[4]

Florin S. Soare

1. *Ibidem.*
2. *Ibidem.*
3. Mulţumesc colegului Mihai Burcea pentru punerea la dispoziţie a acestui document.
4. Fapte penale săvârşite de lucrători operativi din Miliţie, Securitate şi penitenciare, cu privire la care s-au dat soluţii de trimitere în judecată. Arhiva Ministerului Administraţiei şi Internelor, fond Direcţia Cadre şi Învăţământ, Serviciul 1, dosar 8/1975, f. 24.

Capitolul 7

Legislaţia penală privind avortul. Cazuri în instanţe

Introducere

Ministerul Justiţiei, instituţie cu un rol esenţial în proiectul demografic comunist, ce a participat direct atât la elaborarea proiectelor de acte normative, cât şi la impunerea controlului şi represiunea penală împotriva celor „vinovaţi" de încălcarea prevederilor Decretului nr. 770/1966, nu poate fi ignorat de prezentul volum.

Studiul de faţă este structurat pe două secţiuni. Prima dintre ele tratează rolul Ministerului Justiţiei în elaborarea legislaţiei, încadrarea avortului în Codul Penal şi principalele modificări aduse legislaţiei penale privind întreruperile de sarcină, începând cu anii „democraţiei populare" şi terminând cu anul 1990. În a doua secţiune prezentăm cazuri concrete instrumentate de organele de justiţie, redând extrase din sentinţele penale pronunţate în diverse speţe.

Documentele relevante pentru capitolul de faţă au putut fi identificate în cadrul Arhivelor Naţionale, fiind consultat cu precădere fondul CC al PCR, Secţiile Cancelarie, Administrativ-Politică şi Organizatorică, precum şi fondul Consiliului de Stat. În privinţa legislaţiei penale, principala sursă este constituită de *Buletinul Oficial al RSR* din anii 1968 şi 1969, codurile penale începând cu cel din 1866 şi până în 1968 şi, de asemenea, culegerile de sentinţe ale Tribunalului Suprem din perioada 1966-1989.

Ministerul Justiţiei şi Procuratura Generală au fost două dintre instituţiile cu un rol esenţial în proiectul demografic comunist ce au participat direct atât la elaborarea proiectelor de acte normative, cât şi la impunerea unui control direct şi represiv penal împotriva celor „vinovaţi" de încălcarea prevederilor Codului Penal. Reglementările juridico-penale aveau drept obiectiv apărarea persoanei şi a întregii ordini de drept[1], celor două instituţii revenindu-le, conform prevederilor legale, rolul de a veghea la respectarea *legilor şi normelor de convieţuire socială, valorilor dreptului socialist*, obiectul de activitate, alături de latura punitivă, fiind întregit de o dimensiune preventiv-educativă.

Trebuie de la bun început să operăm o diferenţiere clară între adoptarea legislaţiei în sine şi punerea în practică a acesteia. Putem vorbi, pe de o parte, despre limitele legale de acţiune ale celor două instituţii, competenţe stipulate în legea penală, iar, pe de altă

1. Constituţia Republicii Socialiste România din 1965, art.1, publicată în *Buletinul Oficial al RSR*, nr. 1, din 21 august 1965.

parte, despre abuzurile generate de excesul de zel al unor persoane dornice de avansare într-un sistem bazat de cele mai multe ori pe latura cantitativă a activităţii. Aceste două aspecte dau în concret esenţa abordării noastre pe parcursul acestui capitol. Va fi analizată, într-o primă etapă, legislaţia penală ca metodă de constrângere pentru îndeplinirea obiectivelor demografice, urmând ca o a doua secţiune să prezinte într-o abordare cantitativă rezultatele activităţii celor două instituţii împreună cu diverse speţe ale celor judecaţi şi condamnaţi.

Avortul în Codul Penal

Perioada 1948-1966

După cum am arătat în capitolul privind legislaţia, întreruperea de sarcină la cerere nu a fost niciodată permisă în România modernă, în dreptul penal român fiind considerat crimă, fără niciun fel de excepţie. Codul Penal român din 1865, inspirat din Codul Penal napoleonian, transpune viziunea legislatorului francez asupra avortului, care este încadrat drept crimă, în capitolul *Crime şi delicte contra particularilor*, secţiunea a II-a – *Răniri, loviri şi alte crime şi delicte comise cu rea voinţă*. Articolul 246 modificat prin Legea din 17 februarie 1874 preciza :

> *Ori-care, prin lucruri de mâncare, beuturi, doctorii violente, sau prin ori ce alt mijloc, va face, cu sciinţă, pe femeea însărcinată să lepede, ori cu voia ei sau nu, se va pedepsi cu minimum reclusiunei. Femeea care, de sineşi va fi făcut un mijloc ca să lepede, sau va fi primit să întrebuinţeze mijlócele de lepădare ce i se vor fi arătat, ori i se vor fi dat spre acest sfârşit, se va pedepsi cu închisóre de la 6 luni până la 2 ani, de va fi resultat lepădarea pruncului.*
> *Medicii, chirurgii, oficerii de sănătate, spiţerii şi móşele care vor arăta, sau vor da, sau înlesni aceste mijlóce, se vor pedepsi cu reclusiunea, dacă lepădarea a avut loc.*
> *Dacă, din lepădare se va fi causat mórtea mamei, pedeapsa se va aplica cu un grad mai sus*[1].

Conform articolului 246, era pedepsită atât femeia care îşi autoinducea avortul, cât şi celelalte persoane implicate.

Aceste prevederi rămân neschimbate până la adoptarea Codului Penal din 1936. După cum se observă, nu a existat în toată această perioadă o prevedere legală specială care să reglementeze întreruperea de sarcină pe motive medicale etice sau eugenice.

Deşi aprins contestat, în special de către Biserica Ortodoxă, Greco-[2] şi Romano-Catolică, Codul Penal din 1936 aduce ca noutate posibilitatea efectuării în condiţii legale a unei întreruperi de sarcină atunci când aceasta era făcută de către medic, în scopul salvării vieţii femeii sau când unul dintre părinţi suferea de alienaţie mintală, existând certitudinea că şi copilul va suferi de aceeaşi afecţiune.

---

1. Constantin N. Hamangiu, *Codul general al României cuprinzând, adnotate cu numeroase note explicative şi colecţionate după textele oficiale, toate codurile şi legile uzuale cele mai importante, aflate azi în vigoare*, Editura Librăriei Leon Alcalay, Bucureşti, 1900, p. 1057.
2. Episcop Alexandru Nicolescu, *Chestiunea avortului. Discurs rostit în Şedinţa Senatului de la 7 februarie 1935*, Imprimeria Centrală, Bucureşti, 1935, pp. 1-19.

Perioada imediat următoare celui de-al Doilea Război Mondial nu a cunoscut modificări esenţiale în această privinţă. Instaurarea regimului de democraţie populară şi adoptarea unor noi reglementări penale nu a adus schimbări în privinţa raportării la avort. Articolele 482-485 din Codul Penal din 1936[1] sunt în fapt preluate în Codul Penal publicat în *Monitorul Oficial* din 27 februarie 1948[2].

Articolul 484 limita accesul femeilor la efectuarea unei întreruperi de sarcină în condiţii legale, la situaţiile de natură medicală. Conform art. 482, pedepsele pentru cei ce efectuau întreruperi de sarcină erau în funcţie de anumite condiţii de la 6 luni la 10 ani. În cazul femeilor care îşi provocau un avort sau îşi dădeau consimţământul ca sarcina să fie întreruptă în alte condiţii decât cele legale, pedepsele erau variabile. Era luată în considerare în primul rând starea civilă a acestora, sancţiunile fiind mai mari pentru femeile căsătorite, între 6 luni şi un an, respectiv între 3 şi 6 luni închisoare corecţională pentru cele necăsătorite.

Condamnările pentru cei care efectuau intervenţiile erau mai mari. Articolul 482 prevedea că „acela care prin orice mijloace provoacă întreruperea cursului normal al sarcinii este considerat vinovat de avort şi pedepsit". Între 2 şi 5 ani se primea pentru un avort provocat fără consimţământul femeii, pedeapsa mergând până la 6 ani dacă avea ca urmare producerea unei infirmităţi sau vătămarea sănătăţii şi până la 10 ani dacă procedura se solda cu decesul acesteia. Circumstanţe agravante se înregistrau în cazurile în care infracţiunea a fost comisă în scopul obţinerii unui folos material, pedeapsa fiind suplimentată cu până la 2 ani de închisoare. Tentativa era de asemenea pedepsită conform articolului 483.

Întreruperile de sarcină erau limitate la cazurile în care existau indicaţii medicale speciale şi numai în baza unei autorizaţii din partea Parchetului. Condiţiile impuse pentru obţinerea acestei autorizaţii erau legate de „înlăturarea unui pericol iminent ameninţând viaţa femeii (…) o boală de care suferă şi îi pune viaţa în pericol (…) unul dintre părinţi este atins de alienaţie mintală şi este certitudine că copilul va purta grave tare mintale"[3]. În primul caz, reprezentantul Parchetului, la solicitarea medicului, urma a se deplasa de urgenţă la faţa locului împreună cu medicul legist care avea să constate iminenţa pericolului. Dacă situaţia era gravă şi impunea efectuarea unei intervenţii în regim de urgenţă, se putea face în lipsa reprezentantului Parchetului, ulterior o comisie specială urmând să constate necesitatea acesteia şi respectarea procedurilor.

În celelalte cazuri era necesară obţinerea unui certificat medical din partea unui spital care să ateste efectuarea unui control amănunţit de către un medic specialist. Certificatul urma a fi avizat de către o comisie instituită de Parchet compusă dintr-un medic legist[4], medicul oraşului ori medicul primar al judeţului. Această comisie întocmea un raport ce dovedea necesitatea intervenţiei, absolut necesar pentru acordarea autorizaţiei. Era consemnată de asemenea obligaţia Parchetului de a păstra confidenţialitatea tuturor actelor şi autorizaţiilor[5].

1. M.G. Constantinescu, *Codul penal Carol al II-lea din 18 martie 1936 cu modificările din 24 septembrie 1938*, Editura Ziarului „Universul", Bucureşti, 1938.
2. Victor Papadopol, *Codul Penal al Republicii Populare Române adnotat*, Editura de Stat, Bucureşti, 1948.
3. *Ibidem*, p. 520.
4. Acesta putea fi înlocuit de un medic de specialitate pe afecţiunea pentru care se solicita intervenţia sau o specialitate înrudită.
5. Victor Papadopol, *op.cit.*, p. 521.

Pentru nerespectarea acestor proceduri Codul Penal prevedea aplicarea unei pedepse complementare, interdicţia corecţională, pe o perioadă cuprinsă între 1 şi 3 ani. Prevederile vizau întregul personal sanitar : medici, agenţi sanitari, dar şi farmacişti, droghişti şi moaşe[1].

Începând cu mijlocul anilor '50 se observă o relaxare a condiţiilor pentru efectuarea unei întreruperi de sarcină. Decretul nr. 456[2] din 1 noiembrie 1955, de modificare a articolului 484 din Codul Penal, scoate avortul pe motive medicale din categoria delictelor. Este vorba de situaţia în care sarcina agravează o boală sau poate constitui o ameninţare, nu doar pentru viaţa, ci şi pentru sănătatea femeii. Sunt admise pentru prima dată şi cauzele de ordin social.

Spre deosebire de reglementările anterioare, în anumite cazuri este îngăduită efectuarea intervenţiei în afara spitalelor, însă numai cu acordul unei comisii medicale şi cu obligaţia din partea medicului ca în caz de urgenţă să anunţe efectuarea acesteia organelor sanitare şi în cel mult 24 de ore.

Decretul nr. 469/1957 adăuga Codului Penal articolul 484[1], ce prevedea că „întreruperea cursului normal al sarcinii, efectuată în afara instituţiilor medico-sanitare de către orice persoană, sau în instituţiile medico-sanitare de către o persoană fără calificare medicală de specialitate, se pedepseşte cu închisoare corecţională de la 1 la 2 ani"[3]. Tentativa urma a fi pedepsită conform articolului 483.

Medicul care efectua o intervenţie de întrerupere a sarcinii din considerente medicale şi în situaţie de urgenţă, în afara spitalului, era scutit de răspundere cu condiţia ca în termen de 24 de ore să anunţe aceasta unei instituţii medico-sanitare. Iminenţa pericolului urma a fi constatată ulterior de către o comisie medicală. Se încerca astfel impunerea unui control mai strict asupra fenomenului avorturilor clandestine, ce luase amploare în această perioadă, şi limitarea efectuării lor în condiţii improprii şi fără personal calificat.

Incriminarea avortului, 1966-1989

Debutul politicii nataliste ceauşiste la 1 octombrie 1966 a impus modificarea articolelor privitoare la avort din Codul penal. Noile dispoziţii trebuiau pus în acord cu articolul 7 din Decretul nr. 770 : „Efectuarea întreruperii cursului sarcinii în alte condiţii decât cele prevăzute în acest decret constituie infracţiune şi se pedepseşte potrivit dispoziţiilor Codului penal".

Proiectul de modificare a Codului Penal are drept iniţiator Ministerul Justiţiei şi a primit aviz favorabil din partea Tribunalului Suprem al RSR, Procuraturii, Institutului de Cercetări Juridice al Academiei şi Ministerului Sănătăţii[4].

Incriminarea avortului este decisă *de facto* în şedinţa Comitetului Executiv al CC al PCR din ziua de 27 septembrie 1966. Discuţiile pe marginea acestor modificări reflectă maniera simplistă de abordare a problemei şi pun în evidenţă caracterul coercitiv al legislaţiei pronataliste.

---

1. *Ibidem.*
2. Decretul nr. 456/1955 pentru modificarea art. 484 din Codul Penal, publicat în *Buletinul Oficial al RPR*, nr. 30, din 1 noiembrie 1955.
3. Decretul nr. 469/1957 pentru modificarea Codului Penal, publicat în *Buletinul Oficial al RPR*, nr. 26, din 3 octombrie 1957.
4. ANIC, fond Consiliul de Stat – Decrete, dosar 771/1966, f. 7.

Propunerea lui János Fazeckás[1] de înlocuire a pedepsei cu închisoarea pentru femei cu amenda în cazul încălcării prevederilor noului decret este taxată de Nicolae Ceauşescu, care consideră că alături de pedeapsa cu închisoarea se putea da şi o amendă, după modelul „altor ţări"[2].

Iniţiativa sus menţionată se concretizează prin adoptarea Decretului nr. 771/1966. Codului Penal în vigoare i se aduc o serie de modificări prin care întreruperea de sarcină devine infracţiune, fiind considerată „pericol social cu consecinţe grave de ordin medical, demografic şi social"[3].

Articolul 482 stipula că „acela care, prin orice mijloace, provoacă întreruperea cursului sarcinii în afara condiţiilor admise de lege comite infracţiunea de avort".

Întreruperea cursului normal al sarcinii este formularea prezentă în legislaţia anterioară adoptării Decretului nr. 770/1966. Legislaţia introdusă după 1966 capătă un caracter restrictiv pus în evidenţă de noua formulare *întrerupere a cursului sarcinii*, eliminând cuvântul „normal". Prin această modificare s-a încercat eliminarea posibilităţii ca cel care întrerupe o sarcină să invoce în instanţă faptul că aceasta nu a avut un *curs normal*. O astfel de situaţie este cea în care, la data intervenţiei de întrerupere a sarcinii, fătul este mort din cauze neimputabile autorului sau femeii. În literatura de specialitate se regăsesc două concepţii privitoare la răspunderea penală într-un astfel de caz.

Prima dintre ele este centrată în jurul noţiunii de avort, fără a se lua în calcul că fătul era sau nu viu în momentul expulsiei, caz în care autorul răspunde penal[4]. O a doua concepţie ce porneşte de la noţiunea de întrerupere a cursului (normal) al sarcinii înlătură răspunderea penală pentru cazurile în care nu s-a acţionat asupra unui făt viu[5].

Aceeaşi situaţie poate fi invocată în cazul sarcinilor extrauterine în afara condiţiilor admise de lege. Astfel, schimbarea denumirii din *întreruperea cursului normal al sarcinii* în *întreruperea cursului sarcinii* a înlăturat posibilele interpretări.

Autorul unei întreruperi ilegale de sarcină urma a fi sancţionat penal, chiar dacă aceasta s-a produs cu acordul femeii, cu închisoare corecţională de la 1 la 3 ani şi interdicţie corecţională[6], fiind mai gravă situaţia în care s-au produs vătămarea sănătăţii femeii, o infirmitate sau moartea[7]. În acest din urmă caz, pedeapsa prevăzută era închisoarea corecţională cuprinsă între 5 şi 10 ani şi interdicţia corecţională între 3 şi 6 ani.

Conform articolului 59 din Codul Penal, interdicţia corecţională consta în suspendarea exerciţiului unuia sau mai multor drepturi (destituirea din funcţii publice şi incapacitatea de a mai ocupa vreuna, pierderea tuturor drepturilor politice şi a drepturilor de a purta decoraţii, medalii, titluri onorifice, incapacitatea de a fi numit asesor, procuror, expert sau martor în acte, de a face parte dintr-un consiliu de familie, de a fi tutore, curator

1. Florica Dobre (coord.), *Membrii CC al PCR 1945-1989. Dicţionar*, Editura Enciclopedică, Bucureşti, 2004, p. 256.
2. ANIC, Fond CC al PCR, Secţia Cancelarie, dosar 127/1966, f. 23.
3. Decretul nr. 771 pentru modificarea Codului Penal, publicat în *Buletinul oficial al RSR*, an XI, nr. 60, din 1 octombrie 1966.
4. Dumitru Valeriu Mihăescu, *Reglementarea întreruperii cursului sarcinii şi infracţiunea de avort*, Editura Ştiinţifică, Bucureşti, 1967, p. 100.
5. Vasile Dobrinoiu, „Întreruperea cursului sarcinii în caracterizarea infracţiunii de avort", în *Revista română de drept*, an XXVI, nr. 2, 1970, p. 111.
6. Vezi art. 59 CP, *Codul Penal*, Editura Ştiinţifică, Bucureşti, 1960, p. 54.
7. ANIC, fond CC al PCR, Secţia Cancelarie, dosar 127/1966, f. 154.

sau consilier judiciar, pierderea dreptului de a fi profesor, institutor, învăţător sau supraveghetor)[1].

În cazul în care întreruperea de sarcină s-a produs fără consimţământul femeii, pedeapsa primită varia între 3 şi 6 ani închisoare corecţională şi 3 şi 5 ani interdicţie corecţională, iar în cazul în care intervenţia s-a soldat cu decesul femeii, sancţiunea prevăzută era de la 7 la 12 ani închisoare corecţională şi de la 4 la 6 ani interdicţie corecţională.

Pentru instigare, complicitate sau favorizare se primea aceeaşi pedeapsă cu a autorilor, infracţiunea fiind cu atât mai gravă dacă se primeau foloase materiale.

Pentru intervenţiile efectuate în scopul obţinerii de foloase materiale, la pedeapsa prevăzută se mai adăugau până la 2 ani de privare de libertate. Tentativa era sancţionată conform articolului 483 din Codul Penal.

Provocarea unui avort de însăşi femeia însărcinată se sancţiona conform articolului 482(1) cu 6-12 luni închisoare corecţională şi 1-2 ani interdicţie corecţională. Aceeaşi pedeapsă era primită şi în cazul în care aceasta consimţea la întreruperea de sarcină efectuată de o altă persoană.

Decretul nr. 771/1966 prevede sancţiuni penale şi pentru „deţinerea oricăror instrumente speciale pentru întreruperea cursului sarcinii, a oricăror mijloace avortive în afara instituţiilor sanitare de specialitate”[2]. În legătură cu acest ultim punct, tot în şedinţa din 27 septembrie 1966, Alexandru Bârlădeanu solicită definirea clară a „mijloacelor avortive” pentru a nu se lăsa loc de interpretări[3]. Modificarea are loc la articolul 482(2), fiind clarificată situaţia mijloacelor avortive. Deţinerea lor constituia infracţiune în măsura în care aveau ca scop întreruperea cursului sarcinii : „Deţinerea oricăror instrumente speciale pentru întreruperea cursului sarcinii, ca şi deţinerea, în vederea întreruperii sarcinii, a oricăror mijloace avortive stabilite de Ministerul Sănătăţii şi prevederilor sociale, în afara instituţiilor sanitare de specialitate, se pedepseşte cu închisoare corecţională de la 3 luni la 1 an”[4].

Conform articolului 482(3), un cadru sanitar găsit vinovat este sancţionat cu închisoare corecţională de la o lună la 3 luni în cazul în care după efectuarea intervenţiei în caz de urgenţă medicală nu anunţă procurorul în termen de 24 de ore. Articolul 483 pedepsea instigarea, complicitatea, favorizarea şi tentativa.

Dacă infracţiunea fusese săvârşită de un membru al personalului medico-sanitar, la pedeapsa prevăzută se mai adăuga interdicţia exercitării profesiei pe o perioadă de la 2 la 10 ani.

În data de 28 septembrie, proiectul primeşte aviz favorabil printr-o hotărâre a Consiliului de Miniştri, iar o zi mai târziu, în unanimitate, este avizat de către Comisia Juridică a Marii Adunări Naţionale[5]. Adoptat de către Consiliul de Stat pe 29 septembrie, Decretul nr. 771 este publicat în *Buletinul Oficial al RSR* pe 1 octombrie 1966, cu intrare în vigoare în termen de 30 de zile.

1. *Codul Penal. Text oficial cu modificările până la data de 1 decembrie 1960 urmat de o anexă de legi penale speciale*, Editura Ştiinţifică, Bucureşti, 1960, p. 54.
2. *Ibidem*.
3. *Ibidem*, p. 23.
4. *Ibidem*, p. 155.
5. ANIC, fond Consiliul de Stat – Decrete, dosar 771/1966, ff. 9-11.

Elaborarea unui nou Cod Penal, adoptat prin Legea nr. 15 din 21 iunie 1968, a adus modificări sensibile în privinţa articolelor legate de avort. Prevederile articolului 185, cel care stabileşte limitele pedepselor, se păstrează intacte, dispărând pedepsele complementare precum interdicţia corecţională.

De asemenea, dacă între prevederile articolului 483(1) din Codul Penal anterior personalului medical condamnat pentru infracţiunea de provocare ilegală a avortului i se interzicea exercitarea profesiei pe o perioadă cuprinsă între 2 şi 10 ani, articolul 186 nu mai stabileşte o limită a acestei interdicţii, iar sancţiunea putea fi aplicată numai în cazul medicilor: „În cazul în care avortul a fost provocat de un medic, pe lângă pedeapsa închisorii se putea aplica şi interdicţia exercitării profesiei de medic potrivit art. 64 lit. c".

Interzicerea exercitării profesiei de medic era stabilită prin ordin al ministrului Sănătăţii după condamnarea prealabilă prin hotărâre judecătorească definitivă, urmată de judecarea cazului în Colegiul Central de Disciplină al Personalului Medico-Sanitar[1].

De asemenea, în noul Cod Penal nu mai exista o prevedere expresă care să condamne instigarea, complicitatea şi favorizarea infracţiunii de întrerupere ilegală a sarcinii. Complicitatea la infracţiunea de provocare de avort era pedepsită prin art. 27, potrivit căruia „instigatorul şi complicele la o faptă prevăzută de legea penală săvârşită cu intenţie se sancţionează cu pedeapsa prevăzută de lege pentru autor"[2].

Recidiva era incriminată în articolul 37 din Codul Penal, efectuarea de avorturi ilegale după o condamnare prealabilă fiind considerată faptă în stare de recidivă postcondamnatorie.

La stabilirea pedepselor de către instanţă se luau în considerare câţiva factori: „gradul de pericol social al infracţiunii săvârşite, dacă vinovaţii aveau sau nu antecedente penale, comportarea avută de inculpaţi anterior, conduita pe care acuzaţii au avut-o pe parcursul procesului penal şi faptul că pedeapsa trebuia să aibă un caracter preventiv educativ". Pedepsele penale aplicate variau de la amendă la condamnarea la muncă corecţională productivă într-una dintre organizaţiile socialiste sau închisoare.

Gravitatea sancţiunii depindea de rolul infractorilor şi de eventualele infracţiuni anterioare. Astfel, dacă cei vinovaţi nu aveau antecedente penale, recunoşteau săvârşirea infracţiunii, regretau faptele comise şi, anterior arestării, avuseseră „o comportare bună în societate", atunci instanţa considera că puteau fi „educaţi" în libertate, dispunând executarea pedepselor prin „muncă corecţională".

În condiţiile în care „inculpaţii" nu îşi recunoşteau faptele şi aveau antecedente penale prin săvârşirea repetată a „infracţiunii de provocare ilegală de avort", instanţa, considerând că vinovaţii nu puteau fi „educaţi în libertate", hotăra executarea pedepsei în închisoare. Astfel, perioadele neexecutate din pedepsele anterioare în urma graţierilor erau cumulate cu timpul de execuţie al noii pedepse, rezultând o perioadă de detenţie mai îndelungată.

Modificarea legislaţiei antiavort prin emiterea Decretului nr. 53/1972[3] a presupus scăderea vârstei minime legale pentru femeile care solicitau efectuarea întreruperii de

1. Conform articolului 80, lit. c din Legea nr. 3 din 6 iulie 1978 privind asigurarea sănătăţii populaţiei, publicată în *Buletinul Oficial al RSR*, nr. 54, din 10 iulie 1978.
2. *Codul Penal al RSR*, Serviciul Buletinului Oficial şi al Publicaţiilor Legislative, Bucureşti, 1975, p. 13.
3. ANIC, fond Consiliul de Stat – Decrete, dosar 59/1972, f. 1 (vezi şi Decretul nr. 53 pentru modificarea articolului 2, litera d, din Decretul nr. 770/1966 pentru reglementarea întreruperii cursului sarcinii, în *Buletinul oficial al RSR*, an XVII, nr. 60, din 1 octombrie 1966).

sarcină. În acest context, din partea Consiliului Legislativ se face propunerea reglementării situaţiei juridice printr-o dispoziţie legală explicită a persoanelor aflate sub anchetă sau condamnate pentru încălcarea articolului 186 din Codul Penal pentru întrerupere ilegală de sarcină. În cazul în care femeia ar fi avut peste 40 de ani în momentul comiterii infracţiunii, se propune exonerarea de răspundere penală a persoanelor implicate.

Legea nr. 6 din 29 martie 1973 pentru modificarea Codului Penal al Republicii Socialiste Romania stabileşte pentru femeile care-şi efectuau un avort posibilitatea înlocuirii pedepsei cu o amendă. De aceeaşi prevedere beneficiau şi cei care deţineau în mod ilegal instrumente speciale pentru întreruperea cursului sarcinii[1].

Acestea au fost ultimele modificări din Codul Penal privind avortul, rămase în vigoare până în 1989, deşi la nivelul anului 1977 există anumite intenţii de modificare a legislaţiei venite din interiorul Ministerului Justiţiei. Evoluţiile interne în statul român în cei 30 de ani de la instaurarea regimului comunist impuneau schimbarea opticii asupra incriminării sau pedepsirii unor fapte, care să corespundă noilor realităţi şi nevoi. Motivaţiile erau atât de ordin ideologic, cât şi practic.

Din punct de vedere ideologic regimul Ceauşescu se legitima prin restabilirea ordinii sociale. Amnistia şi graţierea a 19.000 de persoane, desfiinţarea a mai mult de jumătate dintre penitenciare, scoaterea din evidenţa cazierului judiciar a persoanelor care au suferit condamnări penale se înscrie în această logică[2]. În discursul public se afirma cu obstinaţie dispariţia condamnărilor cu caracter politic. Tot ca o reflexie ideologică se manifestă raportarea regimului politic la individ şi valoarea utilă a acestuia. Întreaga populaţie era responsabilă pentru edificarea socialismului prin „muncă", principiu fundamental al Constituţiei ce devine „o îndatorire de onoare", „o obligaţie patriotică". Nevoia de forţă de muncă, în fapt una dintre motivaţiile politicii demografice, trebuia suplinită, două fiind direcţiile de acţiune în această privinţă. Prima viza condamnarea „nemuncii", declanşându-se o adevărată ofensivă împotriva a ceea ce a fost numit „parazitism social"[3]. Cea de-a doua direcţie avea în vedere schimbarea regimului executării pedepsei astfel încât potenţialii deţinuţi să fie integraţi în producţie, iar „reeducarea" să se realizeze prin muncă.

Un prim semn al acestei destinderi are loc odată cu Plenara CC al PCR din 28-29 iunie 1977 şi hotărârea acesteia de înfiinţare a unei comisii de partid şi de stat care să propună o serie de măsuri privind perfecţionarea activităţii organelor Ministerului de Interne, organelor de justiţie şi Procuraturii, precum şi îmbunătăţirea legislaţiei în privinţa divorţului şi a întreruperii cursului sarcinii.

Documentul care apare cinci luni mai târziu aduce o serie de propuneri care trebuiau să relaxeze legislaţia penală privind întreruperea cursului sarcinii, în sensul stabilirii unor pedepse mai puţin dure pentru cei ce efectuează chiuretaje ilegale. Se preconiza ca femeia care consimţea la întreruperea sarcinii să fie exonerată de răspunderea penală,

1. Legea 6 din 29 martie 1973, pentru modificarea Codului penal al Republicii Socialiste Romania, în *Buletinul Oficial*, nr. 49, din 6 aprilie 1973.
2. ANIC, fond CC al PCR, secţia Cancelarie, dosar 132/1977, f. 37.
3. Legea nr. 32 din 11 iulie 1970 pentru aprobarea Decretului nr. 153/1970 pentru stabilirea şi sancţionarea unor contravenţii privind regulile de convieţuire socială, ordinea şi liniştea publică, publicată în *Buletinul Oficial al RSR*, nr. 81, din 7 noiembrie 1970.

singurii care puteau fi condamnaţi fiind medicul sau orice persoană care efectua o intervenţie ilegală[1].

O altă posibilă explicaţie de ordin practic pentru această schimbare radicală de viziune în privinţa incriminării avortului constă în necesitatea reducerii numărului mare de condamnări pe acest segment, ceea ce însemna creşterea volumului de lucru pentru Procuratură şi Judecători, cât şi supraaglomerarea penitenciarelor. Numai între 1972 şi 1976 şi în primele trimestre ale anului 1977, nu mai puţin de 11.764 de persoane primesc condamnări definitive pentru infracţiunea de avort[2]. Supraaglomerarea penitenciarelor determină pe de altă parte renunţarea la pedeapsa cu închisoarea pentru cei care provocau avorturi, „reeducarea" urmând a fi făcută prin muncă în unităţile în care erau încadraţi pe o durată de la 1 la 3 ani[3]. În aceeaşi notă era propusă reducerea pedepselor privative de libertate pentru cazurile în care se producea femeii vătămare corporală gravă (de la 2-7 la 1-5 ani) sau moartea (de la 7-14 ani la 5-10 ani).

Ca element de noutate se propunea ca femeile necăsătorite de până la 18 ani să poată primi aprobare pentru o întrerupere de sarcină. Infracţiunea de provocare ilegală a avortului urma a fi cuprinsă în articolul 77 CP.

Proiectul de Cod Penal nu va fi adoptat şi niciuna dintre preconizatele modificări în privinţa avortului nu îşi vor găsi concretizare.

1. Propuneri privind perfecţionarea reglementărilor referitoare la exercitarea apărării în procesul penal, divorţul şi întreruperea cursului sarcinii, ANIC, fond CC al PCR, secţia Cancelarie, dosar 132/1977, ff. 46-49.
2. ANIC, fond CC al PCR, secţia Cancelarie, dosar 132/1977, f. 49.
3. *Ibidem*, f. 49v.

Tabelul 3. *Reglementări cu privire la întreruperile de sarcină prezente în legislaţia românească de după 1948*

Infracţiunea			Codul Penal din 1948		Decretul nr. 469/1957		Decretul nr. 771/1966		Codul penal din 1968		CP Legea nr. 6/1973
			Articol	Pedeapsa	Articol	Pedeapsa	Articol	Pedeapsa	Articol	Pedeapsa	Pedeapsa
1	Provocare ilegală a avortului										
	a	cu consimţământul femeii însărcinate	482(2)	3-6 luni închisoare corecţională dacă femeia era necăsătorită şi 6 luni – 1 an dacă femeia era căsătorită	482	1-2 ani dacă intervenţia a fost efectuată în afara instituţiilor medico-sanitare sau dacă a fost efectuată de o persoană fără calificare medicală de specialitate	482	1-3 ani şi interdicţie corecţională de la 1 la 3 ani	185	1-3 ani	1-3 ani
	b	fără consimţământul femeii însărcinate	482(1)	2-5 ani închisoare corecţională	–	–	482	2-5 ani şi interdicţie corecţională de la 2-5 ani	185	2-5 ani	2-5 ani
	c	cu consimţământul femeii însărcinate dacă a cauzat acesteia o vătămare corporală gravă	482(2)	1-3 ani închisoare corecţională	–	–	482	2-5 ani şi interdicţie corecţională de la 2-5 ani	185	2-5 ani	2-5 ani
	d	fără consimţământul femeii însărcinate dacă a cauzat acesteia o vătămare corporală gravă	482(1)	3-6 ani închisoare corecţională	–	–	482	3-6 ani şi interdicţie corecţională de la 3 la 5 ani	185	3-6 ani	3-6 ani
	e	cu consimţământul femeii însărcinate dacă a provocat moartea acesteia	482(2)	3-5 ani închisoare corecţională	–	–	482	5-10 ani şi interdicţie corecţională de la 3 la 6 ani	185	5-10 ani	5-10 ani

	f	fără consimţământul femeii însărcinate dacă a provocat moartea acesteia	482(1)	7-10 ani închisoare corecţională	–	–	482	7-12 ani şi interdicţie corecţională de la 4 la 6 ani	185	7-12 ani	7-12 ani
	g	în scopul obţinerii unui folos material	482(2)	+ 2 ani	–	–	482	+ 2 ani	185 ; 64 lit. c.	+ 2 ani	+ 2 ani
	h	comisă de medic, personal medical auxiliar	485	interdicţia corecţională de la 1 la 3 ani	485	abrogat	483(1)	interdicţia exercitării profesiei pe o durată de la 2 la 10 ani		interdicţia exercitării profesiei[1]	interdicţia exercitării profesiei[2]
2	Avort provocat de femeia însărcinată sau dacă aceasta a consimţit ca întreruperea sarcinii să fie efectuată de altă persoană		482(2)	3-6 luni închisoare corecţională dacă femeia era necăsătorită şi 6 luni – 1 an dacă femeia era căsătorită	–	–	482(1)	6 luni – 2 ani şi interdicţie corecţională de la 1 la 2 ani	186	6 luni – 2 ani	6 luni – 2 ani sau amendă
3	Deţinerea de instrumente speciale pentru întreruperea cursului sarcinii şi a oricăror mijloace avortive		–	–	–	–	482(2)	3 luni – 1an	187	3 luni – 1 an	3 luni – 1 an sau amendă
4	Omisiunea medicului de a anunţa efectuarea avortului în cazuri de extremă urgenţă		–	–	–	–	483(3)	1-3 luni	188	1-3 luni	–

1. Doar pentru infracţiunea de întrerupere a sarcinii comisă de medic.
2. *Idem*.

5	Tentativa	483	se pedepseşte	483	se pedepseşte	483	nu este precizat	185	nu este precizat	–
6	Instigarea, complicitatea, favorizarea	–	–	–	–	483	aceeaşi pedeapsă ca pentru autori	–	–	–

Cazuri în instanţă

Într-o abordare statistică a scopului şi finalităţii actelor normative prezentate, constatăm că, în anul 1985, au fost trimise în judecată 2.560 de persoane, din care 60% femei care şi-au întrerupt sarcina şi 40% persoane care au efectuat intervenţii[1]. În anul 1986 au primit condamnare definitivă 1.316 persoane, dintre care 26 de medici (1,5%), 102 cadre sanitare medii (8,2%), 202 persoane fără ocupaţie (15,4%) şi 986 de persoane având alte ocupaţii (74,9%) – vezi tabelul 4. Înăsprirea legislaţiei antiavort începând din 1985 a dus la o creştere semnificativă a numărului condamnărilor (vezi tabelul 5). La data de 1 octombrie 1987, în închisorile din România se aflau 66.346 de deţinuţi, dintre care 1.319 (circa 2%) persoane condamnate pentru provocare ilegală a avortului[2].

Tabelul 4. *Structura persoanelor condamnate definitiv pentru săvârşirea infracţiunilor de avort (art. 185, Cod Penal) în anul 1986*

Total condamnaţi definitiv, din care :	+/– faţă de anul 1985		
	1.316	**100%**	
medici	26 (6 pensionari)	1,5%	**+ 79%**
cadre sanitare medii, inclusiv personal angajat în unităţi sanitare	102	8,2%	
alte ocupaţii	986	74,9%	
fără ocupaţie	202	15,4%	

Sursă : AMS, fond Cabinet 4, dosar 14/1986 (neinventariat).

Tabelul 5. *Structura pedepselor aplicate persoanelor condamnate definitiv pentru săvârşirea infracţiunilor de avort*

Anul	**Total condamnaţi definitiv**	**Închisoare**	**Muncă corecţională**	**Suspendarea executării pedepsei**	**Amendă**	**Alte soluţii**
I. Provocare ilegală a avortului						
1985	730	539	172	15	4	–
	100%	74%	23%	2%	1%	–
1986	1,316	955	317	41	3	–
	100%	72,6%	24,1%	3,1%	0,2%	–
II. Avort provocat de femeie sau la care a consimţit						
1985	1.128	63	392	157	503	13
	100%	5%	35%	13%	45%	2%
1986	1.052	89	422	86	431	24
	100%	8,5%	40%	8,2%	41%	2,3%

Sursă : AMS, fond Cabinet 4, dosar 14/1986 (neinventariat).

1. ANIC, fond CC al PCR – Secţia Cancelarie, dosar 61/1986, f. 28.
2. ANIC, fond CC al PCR – Secţia Cancelarie, dosar 61/1987, f. 29.

Speţe

1. Dosar nr. 9402/1984
Şedinţa publică din 29 noiembrie 1984
Preşedinte : Guriţă Manole Iorgu
Judecător : Dumitrescu Alexandru
Procuror : Andrei Vasile
Grefier : Bănică Maria

Judecata :

S-a reţinut prin rechizitoriu că în luna august 1984 inculpatul B.I. a cunoscut pe inculpata M.C. cu care a întreţinut relaţii sexuale, relaţii în urma cărora aceasta a rămas însărcinată. Întrucât nu dorea să aibă un copil s-a înţeles cu B.I. să găsească pe cineva care să-i întrerupă cursul normal al sarcinii – scop în care B.I. a luat legătura cu vărul său Inculpatul S.T. Acesta a luat legătura telefonică cu inculpata R.A. – şi a stabilit ca aceasta să o viziteze a doua zi. La 17 octombrie 1984, cei doi inculpaţi împreună cu M.C. au mers la domiciliul inculpatei R.A., unde S.T. – care o cunoştea pe aceasta de când lucra la Cabinetul medical de la IPMP Buzău – a rugat-o pe R.A. să întrerupă cursul normal al sarcinii inculpatei M.C. Iniţial R.A. a refuzat însă la insistenţele inculpatului B.I. a acceptat să facă acest lucru în schimbul sumei de 1.000 de lei – primind de la acesta suma de 500 lei – urmând ca restul să-i primească după efectuarea operaţiunii. La 18 octombrie 1984, B.I. şi M.C. au revenit la domiciliul inculpatei R.A. – unde aceasta prin folosirea unor manopere dolosive i-a întrerupt cursul normal al sarcinii.

La individualizarea pedepselor ce urmează a fi aplicate se va menţine gradul de pericol social al infracţiunii săvârşite, limitele de pedeapsă şi persoana făptuitorilor, faptul că nu au antecedente penale, au avut o conduită sinceră pe tot parcursul procesului penal, astfel că în raport de toate aceste împrejurări – pedepsele de câte un an şi 6 luni închisoare ce urmează a fi aplicate inculpaţilor R.A., B.I. şi S.T., în baza textelor de lege susmenţionate şi un an închisoare pentru inculpata M.C. sunt considerate corespunzătoare, de natură a asigura atât reeducarea făptuitorilor cât şi realizarea scopului preventiv educativ.

Condamnări :

R.A. – n. 1950, studii Liceul Sanitar, asistentă medicală, necăsătorită, doi copii – un an şi 6 luni închisoare. Conform art. 86/1 c.p. pedeapsa se va executa prin muncă corecţională productivă la Întreprinderea contractoare Buzău. Dispune punerea de îndată în libertate a inculpatei şi reduce din pedeapsa sa de executat timpul reţinerii şi a arestării preventive. Dispune confiscarea sumei de 1.000 lei şi a instrumentelor avortive de la inculpat.

B.I. – n. 1952, studii 8 clase, macaragiu, necăsătorit, fără antecedente penale – un an şi 6 luni închisoare. Conform art. 86/1 c.p. pedeapsa o va executa prin muncă corecţională productivă la IMC Buzău. Dispune punerea de îndată în libertate a inculpatei şi reduce din pedeapsa sa de executat timpul reţinerii şi a arestării preventive.

S.T. – n. 1941, studii 7 clase, pompier, căsătorit, 2 copii minori, fără antecedente penale – un an şi 6 luni închisoare. Conform art. 86/1 c.p. pedeapsa o va executa prin muncă corecţională productivă în una din organizaţiile socialiste prev. de art. 86/3 cod penal.

M.C. – n. 1962, muncitoare, fără antecedente penale – un an închisoare. Conform art. 86/1 c.p. pedeapsa o va executa prin muncă corecţională productivă în una din organizaţiile socialiste prev. de art. 86/3 cod penal.

Obligă pe inculpaţii R.A., B.I., S.T. în solidar la 755 lei cheltuieli de spitalizare către DSJ Buzău.

Obligă fiecare inculpat la câte 150 lei cheltuieli judiciare către stat.

Decizia penală 333/10.V.1985

Admite recursul inculpaţilor B.I. şi S.T. Casează în parte sentinţa şi redozează pedepsele la câte un an închisoare.

Respinge recursul Procuraturii şi al inculpatelor M.C. şi R.A.

……

2. Dosar nr. 1707/1985
Şedinţa publică din 28 martie 1985
Preşedinte : Olteanu Ion
Judecător : Bălan Ecaterina
Procuror : Manole Gheorghe
Grefier : Sandu Georgeta

Sentinţa penală nr. 509

Se reţine următoare situaţie de fapt :

Inculpata M.R. văzând că a rămas însărcinată a rugat-o pe O.E., soră medicală la dispensarul din Comuna Verneşti, să-i întrerupă cursul sarcinii. În urma intervenţiei făcute de inculpata O.E., M.R. a avortat, dar simţindu-se rău a fost nevoită să fie internată la Maternitatea Buzău cu diagnosticul „avort provocat luna a II-a incomplet efectuat". În urma acestei operaţiuni nelegale inculpata O.E. a primit de la M.R. suma de 1.000 lei.

Condamnă pe inculpata O.E. – soră medicală, studii 10 clase, neîncadrată politic, fără antecedente penale, căsătorită, doi copii minori, la 2 ani şi 6 luni închisoare.

În baza art.86/1 din c.p. dispune executarea prin muncă corecţională în una din organizaţiile socialiste prev. de art. 86/3 din codul penal. Obligă inculpata la 623 de lei cheltuieli spitalizare cu dobânzile legale aferente către Direcţia sanitară a jud. Buzău. Dispune punerea de îndată în libertate a inculpatei, dacă nu este reţinută pentru alte fapte penale. Deduce arestul preventiv începând cu 1 martie 1985.

Condamnă pe inculpata M.O. – muncitoare, 3 copii minori, neîncadrată politic, fără antecedente penale, la 1 an închisoare. În baza art. 86/1 din c.p. dispune executarea prin muncă corecţională în una din organizaţiile socialiste prev. de art. 86/3 din codul penal.

Obligă fiecare inculpată la câte 250 lei cheltuieli judiciare către stat.

……

3. Dosar nr. 293/1987 – Judecătoria Botoşani
Şedinţa publică din 24 martie 1987
Preşedinte : Ghercă Mihai
Judecător : Aniţei Reta
Procuror : Brânză Vasile
Grefier : Hornaru Irina

Sentinţa penală nr. 569

Condamnă pe inculpata G.M., fiica lui N. şi A., născută la 6 noiembrie 1951, în comuna Vorniceni, judeţ Botoşani, str. I.C. Frimu nr. 47, bloc A 7, ap. 4, asistentă la Maternitatea Botoşani, pentru săvârşirea infr. prev. şi ped. de art. 185 al. 1, C. pen. la pedeapsa de un an şi 10 luni închisoare. În temeiul art. 86/1 C. pen. şi art. 1 din D. 218/1977 obligă inculpata să execute pedeapsa aplicată prin muncă corecţională productivă într-o unitate din cele prev. de art. 86/3 cod penal atrăgându-şi atenţia asupra disp. art. 86/4, 5 C. pen., şi art. 30/3 din Leg. 23/1969.

Face în cauză aplic. art. 71 şi 64 lit. a, b, c, C penal.

Dispune punerea de îndată în libertate a inculpatei.

Deduce din pedeapsă durata arestării preventive începând cu data de 3 noiembrie 1986 şi până la punerea în libertate a inculpatei.

Pronunţată în şedinţa publică din 24 martie 1987.

4. Dosar nr. 1956/1986 – Judecătoria Botoşani
Şedinţa publică din 3 iunie 1986
Preşedinte : Ghercă Mihai
Judecător : Puşcaşu Reta
Procuror : Brânză Vasile
Grefier : Hornaru Irina

Sentinţa penală nr. 996

Condamnă pe inculpata Bursuc Olga, fiica lui Costache şi Catinca Avătămăniţei, născută la 1 mai 1948, în comuna Suliţa, judeţ Botoşani, domiciliată în satul Cordun, com. Flămânzi, jud. Botoşani, carte ştie 7 şi 2 cl. profesionale, moaşă la Dispensarul uman Flămânzi, căsătorită, are 2 copii minori, fără antecedente penale, pentru săvârşirea infr. prev. şi ped. de art. 185 al. 1 şi 5 c. pen., la pedeapsa de 2 ani închisoare (pc. 1 din rechizitor ref. la numita Postolache Elena) ;

În temeiul art. 2 al. 1 Dec. 290/1984 constată graţierea în întregime, condiţionat, pedeapsa aplicată inculpatei, atrăgându-i atenţia asupra disp. art. 13 din acelaşi decret.

Condamnă pe aceeaşi inculpată, Bursuc Olga, pentru săvârşirea infr. prev. şi ped. de art. :

– 185 al. 1 şi 5 C. pen. la pedeapsa de 2 ani şi 4 luni închisoare.
– 185 al. 1 şi 5 C. pen. la pedeapsa de 2 ani închisoare.
– 185 al. 1 şi 5 C. pen. la pedeapsa de 2 ani şi 8 luni închisoare.
– 185 al. 1 şi 5 C. pen. la pedeapsa de 2 ani şi 4 luni închisoare.
– 185 al. 1 şi 5 C. pen. la pedeapsa de 2 ani şi 4 luni închisoare.

În temeiul art. 33, lit. a 24 C. pen. obligă inculpata să execute pedeapsa cea mai grea de 2 ani şi 8 luni, sporită la 3 ani închisoare.

Menţine starea de arest a inculpatei. Deduce din pedeapsă durata arestării preventive începând cu data de 17 februarie 1986, la zi.

Face în cauză aplic. art. 71 şi 64 C penal.

Pronunţată în şedinţa publică din 3 iunie 1986.

Sentinţa este modificată prin dec. pen. nr. 689 din 1 aprilie 1987 a Tribunalului Suprem după cum urmează :

Modifică pedepsele stabilite pentru infr. la care a fost condamnată inculpata şi le majorează : de la 2 ani închisoare la 2 ani şi 4 luni închisoare (2 fapte) şi de la 2 ani şi 8 luni închisoare la câte 3 ani închisoare pentru fiecare infracţiune.

În baza art. 34, lit. a, C. pen. aplică inculpatei pedeapsa de 3 ani închisoare, la care se adaugă un spor de un an închisoare şi va executa în total 4 ani închisoare.

.....

5. Dosar nr. 2587/1986 – Judecătoria Botoşani
Şedinţa publică din 7 iulie 1987
Preşedinte : Ghercă Mihai
Judecător : Aniţei Reta
Procuror : Brânză Vasile
Grefier : Hornaru Irina

Sentinţa penală nr. 1190

Judecă pe inculpata B.L. pentru săvârşirea infr. prev. şi ped. de art. 185 al. 1 şi 5 c. pen.

Judecata/rechizitoriul procuraturii locale Botoşani din 2 nov. 1986 trimisă în judecată pentru provocarea avortului în afara condiţiilor prevăzute de lege la 3 femei, în două cazuri pretinzând şi foloase materiale.

Inculpata B.L. a funcţionat ca medic la dispensarul medical comunal Copălău şi în această calitate, contrar prevederilor legale, a efectuat întreruperi de sarcină unor persoane prin introducerea în cavitatea uterină a unei sonde „Nelaton" prin care a injectat ser fiziologic, manoperă de natură a produce expulzarea produsului de concepţie.

1. Astfel, în luna februarie 1984, în urma insistenţei martorei A.M. care ştia că este însărcinată, inculpata s-a deplasat la locuinţa acesteia şi i-a provocat avort în condiţiile descrise mai sus fără a urmări obţinerea de foloase materiale. Imediat după efectuarea avortului martora a dat inculpatei suma de 500 lei.

2. În cursul lunii februarie 1984 inculpata a provocat avort şi numitei M.C. la locuinţa surorii acesteia. Inculpata nu a solicitat nimic, însă la aproximativ o săptămână de la consumarea faptei a primit de la martoră suma de 500 lei.

Pentru aceste două fapte, Procuratura locală Botoşani a dispus începerea urmăririi penale pentru săvârşirea infracţiunii prevăzute de art. 185, al. 1, C Penal, întrucât a intervenit amnistia conform art. 1 din Decr. 290/1984.

3. În cursul lunii iunie 1984, inculpata, în scopul obţinerii unor foloase materiale, a provocat avort martorei M.N., la locuinţa acesteia din Botoşani. După câteva zile, potrivit înţelegerii prealabile, inculpata a primit suma de 500 lei. La scurt timp după efectuarea manevrelor abortive martora a fost internată la secţia obstetrică-ginecologie a Spitalului judeţean Botoşani, constatându-se că a prezentat o sarcină 6-7 săptămâni, întreruptă prin avort incomplet infectat.

Cheltuielile de spitalizare necesitate de vindecarea numitei M.N. a fost în sumă de 2.781,50 lei urmând a fi suportate de inculpată.

Fapta descrisă mai sus întruneşte elementele constitutive ale infracţiunii prev. şi ped. de art. 185, al. 1 şi 5 c. pen., instanţa urmând a o condamna în baza acestui text de lege.

4. În luna septembrie 1984 ştiind că este însărcinată inculpata P.F. a luat legătura cu inculpata B.L. pe care a rugat-o să-i provoace avort, aceasta fiind de acord, pretinzându-i suma de 1.000 lei.

După efectuarea manevrelor avortive inculpata a primit de la martoră suma de 1.000 lei – conform înţelegerii. Această faptă întruneşte elementele constitutive ale infracţiunii prev. şi ped. de art. 185, al. 1 şi 5 c. pen., instanţa urmând a o condamna în baza acestui text de lege.

5. În toamna anului 1985 martora A.N. a cunoscut-o întâmplător pe inculpată la dispensarul comasat nr. 5 Botoşani şi constatând că este însărcinată a rugat-o să-i întrerupă cursul normal al sarcinii la începutul lunii octombrie 1985; inculpata, fără a pretinde vreun folos material, a provocat avort acestei martore. Datorită complicaţiilor survenite la data de 8 oct. 1985 martora a fost internată la maternitatea Botoşani cu diagnosticul de sarcină în primul trimestru întreruptă în evoluţie printr-un avort incomplet, impunându-se chiuretarea cavităţii uterine.

Cheltuielile de spitalizare necesitate de vindecarea martorei în sumă de 1.072 lei vor fi suportate de inculpată.

Fapta descrisă mai sus întruneşte elementele constitutive ale infracţiunii prev. şi ped. de art. 185, al. 1 şi 5 c. pen., instanţa urmând a o condamna în baza acestui text de lege.

Inculpata a recunoscut că a provocat avort doar martorelor A.N. şi P.F., dar fără a pretinde vreun folos material.

Faptele descrise mai sus sunt dovedite cu rapoartele de constatare medico-legală, declaraţiile martorilor date la urmărirea penală, instanţa considerând că acestea exprimă adevărul şi nu cele date în cursul cercetării judecătoreşti precum şi cu declaraţiilor de recunoaştere ale inculpatei.

Aşa fiind, instanţa va reţine vinovăţia inculpatei şi cum în drept faptele acesteia întrunesc elementele constitutive ale infracţiunii prev. şi ped. de art. 185 al.1 şi 5 c. pen. o va condamna în baza acestui text de lege.

La stabilirea şi individualitatea pedepsei instanţa va avea în vedere faptele comise, gradul concret de pericol social al acestora, împrejurările în care au fost comise, limitele de pedeapsă prevăzute de lege precum şi persoana inculpatei care nu are antecedente penale, că este medic, necăsătorită, tânără şi că a executat deja în detenţie 4 luni, timp în care a putut reflecta asupra faptei, instanţa apreciind că aplicarea unei pedepse cu executarea prin muncă corecţională este de natură să o reeduce.

În temeiul art. 118, lit. d, C. pen. va obliga inculpata să plătească statului suma de 1.500 lei cu titlu de confiscare specială reprezentând sumele de bani primite de inculpată pentru întreruperea sarcinii celor două martore.

Totodată va obliga inculpata să plătească părţii civile DSJ Botoşani suma de 3.853,50 lei cheltuieli de spitalizare plus dobânda legală de 6% pe an calculată de la rămânerea definitivă a hotărârii şi până la achitarea integrală a debitului.

Pentru aceste motive HOTĂRĂŞTE

Condamnă pe inculpata Băiceanu Sidonia Larisa fiica lui Ioan şi Tatiana, ns. 28.07.1955 în Tîrnăveni, Jud. Mureş, cu domiciliul în Botoşani, Studii Facultatea de Medicină, căsătorită, fără copii minori, fără antecedente penale, pentru săvârşirea infracţiunilor prev. şi ped. de art. 185, al. 1 şi 5 c. pen. la pedeapsa de 3 ani închisoare.

În temeiul art. 2, al. 1 din Decr. nr. 290/1984 constată graţiată în întregime condiţionat pedeapsa aplicată, atrăgându-i atenţia inculpatei asupra disp. art. 13 din acelaşi decret.

– art. 185, al. 1 şi 5 c. pen. la pedeapsa de 3 ani şi 6 luni închisoare

– art. 185, al. 1 şi 5 c. pen. la pedeapsa de 1 an şi 4 luni închisoare

În temeiul art. 86/1 C. pen şi art. 1 din Decr. 218/1977 obligă inculpata să execute pedepsele prin muncă corecţională productivă într-o unitate prev. de art 86/3C pen. şi art. 30/3 din Legea nr. 47/1977.

În temeiul art. 2 şi 6 din Decr. 185/1986 constată graţiate în întregime condiţionat pedepsele de la 3 ani şi 6 luni de închisoare şi un an şi 4 luni închisoare atrăgându-i atenţia inculpatei asupra disp. art 13 din acelaşi decret.

În temeiul art. 188, lit. c, C pen. obligă inculpata să plătească statului suma de 1.500 lei cu titlu de confiscare specială.

Obligă inculpata să plătească părţii civile DSJ Botoşani suma de 3.853,50 lei cheltuieli de spitalizare plus dobânda legală de 6% pe an calculată de la rămânerea definitivă a sentinţei şi până la achitarea integrală a debitului.

Obligă inculpata să plătească statului suma de 1.400 lei cheltuieli judiciare.

Cu recurs în termen de 10 zile de la pronunţare pentru inculpată şi de la comunicare pentru partea civilă.

Pronunţată în şedinţa publică din 7 iulie 1987.

.....

6. Dosar nr. 1148//1986 – Judecătoria Ialomiţa
Şedinţa publică din 31 iulie 1986
Preşedinte : Ojoc Elena
Judecător : Vuşan Apostol
Procuror : Gili Sterian
Grefier : Chiratcu Alexandrina

Sentinţa penală nr. 383

Prin rechizitoriul Procuraturii judeţene Ialomiţa nr. 70/P/1986 a fost trimisă în judecată inculpata M. Ecaterina, pentru săvârşirea infracţiunii prev. de art. 185, al. 1 şi 5 Cod penal. Se reţine în sarcina inculpatei că a lucrat ca medic specialist ginecolog în cadrul spitalului din oraşul Urziceni, jud. Ialomiţa, până în luna martie 1986. În această calitate în ziua de 24 iulie 1985 a întrerupt cursul normal al sarcinei minorei de 16 ani S. Elena, din comuna Manasia, jud. Ialomiţa, în următoarele împrejurări :

În cursul lunii iulie 1985, S. Elena a constatat că este însărcinată ca urmare a raporturilor sexuale întreţinute cu A. Gheorghe. Fiind necăsătorită, S. Elena a destăinuit acest lucru mamei sale S. Ancuţa, care la rândul ei s-a plâns lui L. Floarea şi L. Ilie despre faptul că fiica sa este însărcinată.

L. Ilie s-a oferit să o ajute pe S. Elena, precizând că o cunoaşte pe dr. M. Ecaterina de la spitalul Urziceni. Astfel, L. Ilie a luat legătura cu inculpata M. Ecaterina căreia i-a

spus că S. Elena (un copil al cumnatei sale) este însărcinată şi, deoarece nu este căsătorită, o roagă să-i întrerupă cursul normal al sarcinei. Inculpata M. Ecaterina a acceptat şi i-a spus lui L. Ilie să vină cu S. Elena la spital în ziua de 24 iulie 1985.

În dimineaţa zilei de 24 iulie 1985, L. Ilie s-a prezentat cu S. Elena la spital unde este luată de inculpata M. Ecaterina, internată şi în aceeaşi zi este chiuretată întrerupându-i-se astfel cursul normal al sarcinei. Înainte de a fi chiuretată S. Elena i-a dat inculpatei M. Ecaterina suma de 900 lei.

Fiind audiată inculpata a menţinut declaraţiile date la urmărirea penală şi a precizat că nu se consideră vinovată de săvârşirea infracţiunii pentru care a fost trimisă în judecată, întrucât a chiuretat-o pe S. Elena în condiţii legale.

Totodată inculpata a arătat că presupune că martora T. Mihaela a consultat-o anterior emiterii buletinului de internare pe minora S. Elena şi presupune acest lucru deoarece biletul de internare era semnat de T. Mihaela.

Coroborând dispoziţiile inculpatei cu depoziţiile martorilor T. Mihaela, C. Mariana, A. Gheorghe, S. Ancuţa, L. Floarea, L. Ilie, S. Elena şi S. Eliza, cu raportul de constatare medico-legal nr. 235/1.04.1986, foaia de observaţie clinică generală nr. 1344 şi procesele verbale de confruntare (…) instanţa apreciază că în cauza de faţă scopul preventiv, sancţionator şi educativ al pedepsei poate fi atins numai prin aplicarea unei pedepse privative de libertate.

Pentru aceste motive

În numele legii

HOTĂRĂŞTE:

În baza art. 185, al. 1 şi 5 cod Penal, condamnă pe inculpata M. Ecaterina, studii Facultatea de Medicină, căsătorită, are 2 copii, fără antecedente penale, domiciliată în Bucureşti, la 1 an închisoare.

În baza art. 350 c.p.p. menţine starea de arest a inculpatei şi în baza art. 88. c.p. deduce durata arestării preventive de la 11.03.1986 la zi.

În baza art. 71 c.p. interzice inculpatei drepturile prev. de art. 64 C.P.

Obligă pe inculpată la 26,60 lei cu dobânda de 6% pe an cu titlu de cheltuieli de spitalizare către spitalul din Urziceni.

Confiscă suma de 900 lei la Agenţia CEC cu recipisa 60/423001/31.05.1986, în folosul statului.

Obligă inculpata la 600 lei cheltuieli judiciare către stat.

Cu recurs în 10 zile de la pronunţare pentru partea civilă şi de la comunicare pentru inculpată.

Pronunţată în şedinţa publică din 31 iulie 1986.

Florin S. Soare

Partea a II-a

Practici

Capitolul 8

Evoluţia numărului de avorturi, 1966-1989

Gradul de (ne)reuşită a politicii demografice nataliste, iniţiată şi pusă în aplicare de regimul Ceauşescu, poate fi evaluat într-o manieră cât de poate de obiectivă prin analiza evoluţiei numărului de avorturi pentru intervalul 1966-1989. Acesta este şi motivul pentru care am ales să ne oprim asupra acestui aspect. Pentru un răspuns cât mai aproape de adevăr la întrebarea care a fost numărul avorturilor practicate ulterior adoptării Decretului nr. 770/1966, vom urmări nu doar evoluţia cifrei totale a întreruperilor de sarcină înregistrare în documentele Ministerului Sănătăţii, pentru o abordare cât mai critică şi pertinentă fiind necesară atât analiza atentă a diferitelor categorii care intră în alcătuirea acestei cifre: întreruperile de sarcină legale, avorturile incomplete şi cele ilegale (probate ca urmare a manevrelor abortive ilicite şi pentru s-a dispus urmărirea penală), cât şi evoluţia raportului între numărul avorturilor şi numărul de naşteri.

Urmare a scoaterii în afara legii a întreruperilor de sarcină, supravegherea atentă a evoluţiei numerice pentru acest indicator demografic a devenit o prioritate absolută pentru organismele de stat şi de partid. În plan concret, misiunea era îndeplinită prin intermediul reţelei sanitare, responsabilă cu înregistrarea şi întocmirea de rapoarte detaliate privind numărul de avorturi. Consemnarea cifrelor se realiza în sistem piramidal dinspre bază spre vârf (unitate sanitară, judeţ, regiune, la nivel naţional). Rapoartele erau întocmite lunar, trimestrial, semestrial şi anual. În paralel erau elaborate materiale de sinteză în care se analiza evoluţia fenomenului abortiv prin comparaţie cu perioada similară din anii anteriori. Comparaţia era realizată pentru segmente temporale care variau între o lună şi un an. Atât rapoartele, cât şi studiile de sinteză prezentau datele pentru fiecare dintre categoriile care intrau în alcătuirea indicelui de avort. Privilegiată era categoria avorturilor incomplete, denumire ambiguă sub care erau înregistrate avorturile spontane reale, dar mai ales cele rezultate în urma practicării întreruperii ilegale a sarcinii şi care au necesitat îngrijiri medicale de specialitate, permiţând astfel înregistrarea lor oficială. Avorturile legale desemnau totalitatea întreruperilor de sarcină autorizate de către comisiile judeţene create special în acest scop şi care erau permise prin reglementările Decretului nr. 770/1966 – pentru limită de vârstă, 40-45 de ani, naşterea şi îngrijirea a 4-5 copii, precum şi avorturile terapeutice sau, aşa cum erau ele denumite, avorturi pentru cauze medicale. Numărul avorturilor ilegale constituia o rubrică separată până la mijlocul anilor ’80, când sunt incluse în categoria avorturi incomplete.

În intervalul 1966-1989 numărul avorturilor a evoluat conform datelor din tabelul 6.

Tabelul 6. *Evoluţia cifrei totale a avorturilor în intervalul 1966-1989*

An	Total avorturi înregistrate	Din care				
		Incomplete	Legale			Ilegale
			Cauze medicale	Femeia are peste 40-45 de ani	Femeia a născut şi are în îngrijire 4-5 copii	
1966	973.447*					
1967	205.783	153.700	52.082			424
			19.896	1.000	31.276	
1968	220.193	157.926	63.267			223
			23.163	1.032	37.801	
1969	257.496	176.516	80.979			284
			26.258	1.040	53.353	
1970	292.400	194.328	98.081			352
			29.277	1.126	67.290	
1971	331.740	212.223	119.517			416
			31.650	1.116	86.277	
1972	380.625	217.748	162.877			314
			48.715/17.717 părinţii suferă de o boală gravă transmisă ereditar	20.856	92.937	
1973	375.752	211.150	164.602			605
			32.597	28.189	103.167	
1974	334.621	176.284	158.337			
			28.760	29.000	100.577	
1975	359.417	177.474	181.943			892
			31.038	32.965	117.948	
1976	383.220	182.857	200.868			904
			31.044	36.342	132.073	
1977	378.990	181.534	197.456			1.024
			29.698	35.460	131.274	
1978	394.636	187.189	207.447			1.032
			30.357	36.457	139.601	
1979	403.776	190.691	213.085			1.297
			30.389	36.623	144.776	
1980	413.093	195.050	218.043			1.016
			32.261	35.587	149.179	

* Avortul a fost legal până la 1 octombrie 1966.

1981	427.081	206.222	220.859			884
			34.452	33.644	151.879	
1982	468.041	232.176	235.865			879
			38.517	33.863	162.569	
1983	421.386	200.520	220.866			1.401
			37.572	29.911	151.947	
1984	303.123	122.973	180.150			2.245
			29.000	23.235	125.639	
1985	302.838	124.033	178.805			748
			28.487	21.923	128.372	
1986	183.959	126.300	57.659			859
			30.124	1.618	25.917	
1987	182.442	120.645	61.797			1.024
			29.853	1.161	30.781	
1988	185.416	111.339	74.077			900
			30.781	1.015	42.337	
1989	193.084	109.000	84.084			850
			32.245	966	50.008	

Sursă : Date cumulate din dosare aparţinând AMS, fond Cabinet 1, din perioada 1957-1989.

La nivelul evoluţiei globale a numărului de avorturi, putem decela trei segmente temporale diferite, fiecare caracterizat prin condiţii şi comportament specific : 1966-1970, 1971-1979, 1980-1989. Imediat după adoptarea Decretului nr. 770/1966, numărul întreruperilor de sarcină a scăzut de la 973.447 în 1966 la doar 205.783 în 1967.

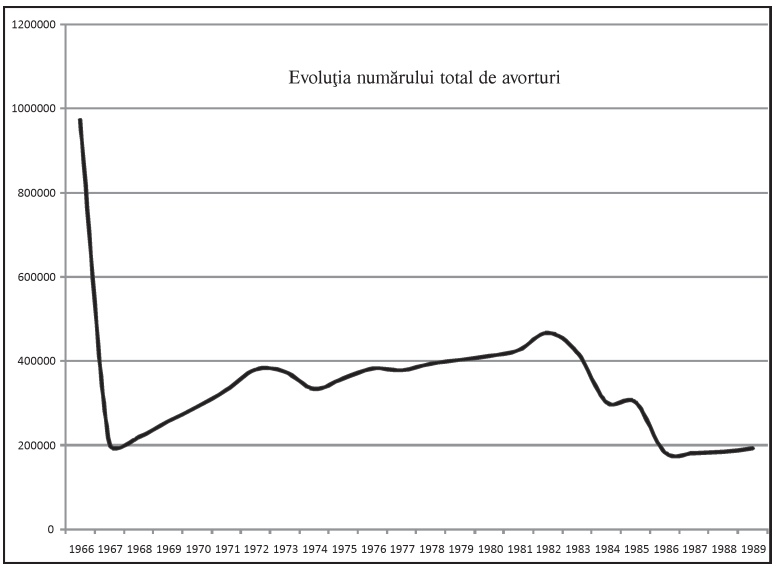


Figura 1. *Evoluţia numărului total de avorturi între 1966 şi 1989*

Sursă : Date cumulate din dosare aparţinând AMS, fond Cabinet 1, din perioada 1957-1989.

Fără îndoială, după un deceniu de liberalizare a întreruperilor voluntare de sarcină, procedeul şi-a pierdut treptat caracterul excepţional, tinzând să devină cea mai folosită metodă contraceptivă sau de planificare familială. În lipsa educaţiei sexuale şi din cauza interesului scăzut pentru metodele medicale (pilulă, sterilet, prezervativ) de limitare a naşterilor, interzicerea avorturilor a lăsat prea puţine, dacă nu chiar nicio alternativă pentru prevenirea unei sarcini nedorite. Unica alternativă aflată la îndemâna femeilor a devenit practica manevrelor abortive ilicite şi implicit acceptarea riscului de a plăti cu viaţa dreptul de a dispune de propriul corp. Din cele 205.783 de avorturi înregistrate oficial în 1967, doar 25% erau legale, restul de 75% fiind avorturi incomplete[1]. Cifrele arată că măsura de creştere forţată a numărului de naşteri prin scoaterea în afara legii a avortului şi-a atins scopul doar până la momentul în care populaţia feminină a trecut peste şocul iniţial, realitate tradusă prin creşterea în doar 12 luni a cifrei întreruperilor de sarcină cu 100.000 de cazuri. La această augmentare a fenomenului contribuie atât cifra avorturilor incomplete, cât mai ales cea a întreruperilor aprobate de către comisiile de specialitate conform prevederilor Decretului nr. 770/1966. Trendul ascendent s-a menţinut şi către sfârşitul deceniului 8, diferenţe semnificative fiind înregistrate între 1971, cu 331.740 de cazuri, şi 1980, cu 413.093[2]. Similar cu perioada anterioară, creşterile cele mai importante s-au înregistrat în cadrul categoriei avorturilor legale, care sporesc de la 119.517 la 213.085 de cazuri.

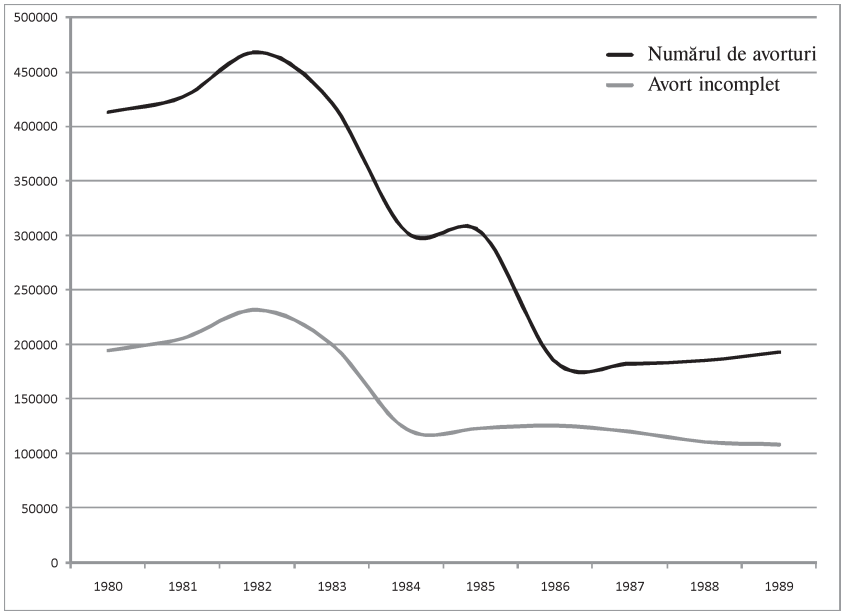


Figura 2. *Evoluţia numărului total de avorturi şi al avorturilor incomplete între 1980 şi 1989*

Sursă: Date cumulate din dosare aparţinând AMS, fond Cabinet 1, din perioada 1957-1989.

1. *Informare privind unele aspecte ale întreruperilor de sarcină*, AMS, fond Cabinet 1, dosare 22/1967, 73/1967, 2/1968, nenumerotate.
2. AMS, fond Cabinet 1, dosare 90/1971, 81/1972, 92/1973, 111/1973, 19/1977, 2/1983, nenumerotate.

Deceniul 9 a prezentat o evoluţie atipică comparativ cu intervalul 1967-1979. Deşi a debutat cu cea mai mare cifră a întreruperilor de sarcină înregistrată în anii aplicării Decretului nr. 770, în perioada 1980-1989 acestea au urmat o curbă descendentă în interiorul căreia putem identifica trei segmente temporale distincte.

Între 1980 şi 1983 cifra avorturilor a depăşit 400.000 cu un maximum de 468.041 atins în 1982[1]. Au urmat doi ani, 1984 şi 1985, cu o scădere semnificativă de 100.000 de avorturi, atingând valoarea de 302.838[2]. Odată cu intrarea în vigoare în decembrie 1985 a reglementărilor care înăspreau prevederile Decretului nr. 770 prin condiţionarea accesului la întreruperea legală a sarcinii de împlinirea vârstei de 45 de ani sau de creşterea şi întreţinerea a minimum 5 copii, numărul avorturilor înregistrate oficial în rapoartele statistice ale Ministerului Sănătăţii a înregistrat o nouă scădere, atingând pentru intervalul 1986-1989 o medie de 185.000 de avorturi pe an[3].

Pentru o reflectare cât mai exactă a impactului pe care numărul de avorturi îl avea asupra evoluţiei demografice, statistica foloseşte un indice care presupune raportarea numărului total de avorturi la mia de născuţi vii. Politica demografică a regimului Ceauşescu a privilegiat măsurile de tip coercitiv, în care acţiunile statului au fost invazive, transferând politicile etatiste din domeniul public în cel al vieţii private. Pentru a evalua gradul de reuşită a unui astfel de demers era necesară supravegherea atentă atât a numărului de avorturi, cât şi a raportului dintre acestea şi numărul total de naşteri. Ideală ar fi fost situaţia în care la fiecare avort ar fi revenit 5 sau mai multe naşteri. Evoluţia între 1967 şi 1989 a acestui indice a fost departe de un asemenea deziderat, urcând de la 389,8‰ în 1967 la 1036‰ în 1980, mai exact la fiecare născut viu se înregistra un avort[4]. În prima jumătate a anilor ’80, indicele a urcat la 1310,7, deci numărul avorturile depăşea semnificativ numărul naşterilor. După 1984 acest indice a scăzut constant, mai întâi la 864,2, apoi la 536 în 1989[5]. Datele pe baza cărora se calcula indicele nu reflectau situaţia reală, astfel încât el îşi pierde mult din semnificaţie. Presupunând că valorile oficiale erau şi cele reale, raportul de un avort la 1,5 naşteri sau cel de un avort la fiecare două naşteri nu era foarte încurajator. Reducerea numărului întreruperilor de sarcină, fie ea reală sau doar scriptică, nu era suficientă *per se*. Fără o creştere semnificativă a numărului de naşteri, demersurile demografice nu s-au realizat la cotele dorite şi cerute de autorităţi.

1. *Raportul MS către Nicolae Ceauşescu privind îmbunătăţirea indicatorilor demografici*, AMS, fond Cabinet 1, dosare 3/1983, 4/1983, nenumerotate.
2. AMS, fond Cabinet 1, dosare 12/1984, 39/1988, nenumerotate.
3. AMS, fond Cabinetul secretarului de stat în Ministerul Sănătăţii (în continuare Cabinet 4), dosare 8/1988, 21/1987, 18/1987, nenumerotate.
4. AMS, fond Cabinet 1, dosare 90/1971, 81/1972, 92/1973, 111/1973, 19/1977, nenumerotate.
5. AMS, fond Cabinet 1, dosare 12/1984, 39/1988, 37/1989, 44/1989, nenumerotate.

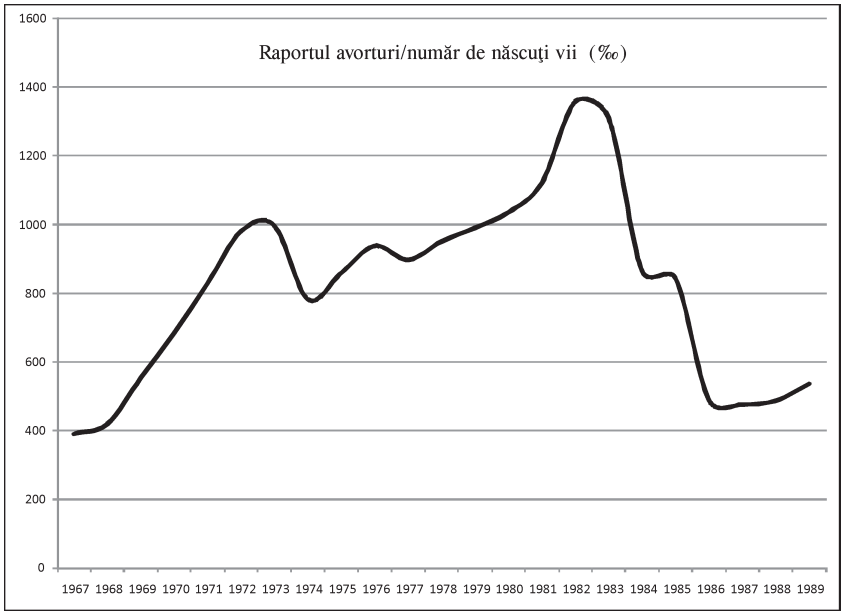


Figura 3. *Evoluţia raportului dintre numărul de avorturi şi numărul născuţilor vii 1957-1989*

Sursă: Date cumulate din dosare aparţinând AMS, fond Cabinet 1, din perioada 1957-1989.

Evoluţia cifrei avorturilor incomplete

Cifra totală a întreruperilor de sarcină a fost influenţată de mişcarea celor două grupe principale care intrau în componenţa sa: avorturile incomplete şi cele legale. Evoluţia particulară a acestora, la nivel scriptic, oficial, a fost influenţată direct de intervenţia statului. Măsurile luate şi gradul lor de reuşită au fost însă diferite.

Categoria avorturilor incomplete, aşa cum apărea ea în statisticile oficiale ale Ministerului Sănătăţii, îngloba totalitatea avorturilor spontane reale, avorturile provocate, dar nedepistate ca atare de către autorităţile statului, dar şi pe cele ilegale, în a doua jumătate a anilor ’80. Reprezentanţii Ministerului Sănătăţii au avut ca permanentă preocupare stabilirea procentului de avorturi spontane reale în totalul celor înregistrate la categoria incomplete. Rezultatele acestor studii ştiinţifice au arătat că doar „1/3 erau avorturi spontane, restul fiind avorturi ilicite, generate de manevre avortogene autoprovocate sau generate de alte persoane”[1]. Diferenţierea clară a celor două categorii, din punct de vedere medical, nu era posibilă în anii ’70, iar pentru anii ’80 se cerea efectuarea examenului histopatologic, obligaţie de cele mai multe ori trecută cu vederea de personalul medical. Realizarea planului în ceea ce priveşte politica demografică a reprezentat o permanentă luptă cu cifrele, într-un taler al balanţei fiind poziţionat numărul de naşteri, în celălalt numărul de avorturi şi mortalitatea infantilă. Dacă pentru mortalitatea infantilă s-a păstrat un trend constant descendent, chiar dacă prezenta valori de 2 sau 3 ori peste media europeană, cifra

1. AMS, fond Cabinet 1, dosar 92/1973, nenumerotat.

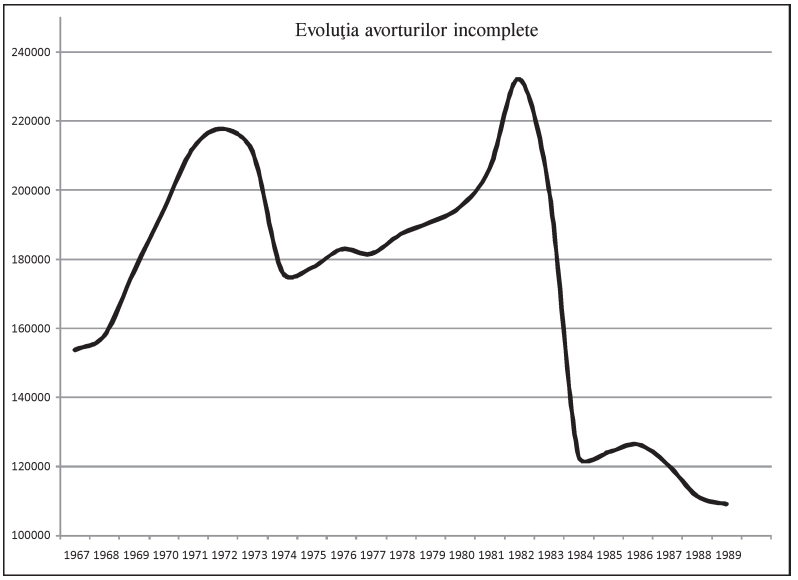


Figura 4. *Evoluţia numărului de avorturi incomplete din perioada 1957-1989*

Sursă: Date cumulate din dosare aparţinând AMS, fond Cabinet 1 din perioada 1957-1989.

avorturilor s-a încăpăţânat să crească constant în anii ’70, eforturile clasice de întărire a disciplinei sanitare, a controlului Miliţiei şi Procuraturii, a educaţiei populaţiei în spiritul creşterii de familii cu mulţi copii fiind lipsite de rezultatele scontate.

În evoluţia numerică a avortului incomplet, pot fi observate două mari segmente temporale. Primul începe odată cu punerea în aplicare a prevederilor Decretului nr. 770 şi merge către începutul anilor ’80. În acest interval cifrele nu prezintă variaţii importante, deşi pentru segmentul 1970-1973 se înregistrează o creştere mai pronunţată, cu un maxim de 217.748 de avorturi incomplete în 1972[1]. Mult mai interesant este intervalul 1981-1989. Dacă în prima parte, anii 1981-1983, se menţine tendinţa de creştere uşoară, dar constantă înregistrată în anii ’70, anul 1984 marchează o scădere bruscă cu 100.000, numărul cazurilor de avort incomplet reducându-se practic la jumătate[2]. Dacă ţinem cont şi de faptul că avorturile spontane reale şi-au păstrat fără îndoială proporţia la numărul total de sarcini luate în evidenţă, putem concluziona că scăderea cea mai dramatică au înregistrat-o, la nivel oficial, conform raporturilor Ministerului Sănătăţii, avorturile clandestine. La nivelul cifrei globale, această mişcare a dus la reducerea cu 1/3 a numărului total de avorturi pe anul 1984. Cifra avorturilor incomplete nu a mai prezentat modificări semnificative până în 1989, o creştere uşoară pentru anii 1985-1987 fiind urmată de o descreştere lentă pentru 1988 şi 1989[3].

Fără excepţie, istoricii[4] care s-au ocupat de acest aspect au tras concluzia că datele statistice oficiale în privinţa evoluţiei numărului de avorturi incomplete nu reflectă

1. AMS, fond Cabinet 1, dosare 90/1971, 81/1972, 92/1973, 111/1973, nenumerotate.
2. AMS, fond Cabinet 1, dosar 12/1984, nenumerotat.
3. AMS, fond Cabinet 1, dosare 39/1988, 37/1989, 44/1989, nenumerotate.
4. Vezi Gail Kligman, *op.cit*.

situaţia reală prezentă la nivelul societăţii româneşti. Suntem de acord cu această opinie, aducând în schimb un amendament important. În urma consultării documentelor din arhiva Ministerului Sănătăţii, am ajuns la concluzia că descreşterea numărului de avorturi nu se datorează unei falsificări grosolane a cifrelor, ci mai degrabă modificării metodologiei folosite la stabilirea diagnosticului de avort. Imediat după scoaterea avortului în afara legii, Ministerul Sănătăţii s-a văzut nevoit să stabilească o metodologie foarte clară în privinţa stabilirii diagnosticului de avort şi separarea acestuia de născutul viu sau mort. O distincţie clară între cele două situaţii se impunea pe de o parte din pricina naturii delictuale a avortului ilicit, dar şi pentru soluţionarea mai facilă a cazurilor în care o femeie solicita consemnarea unei naşteri în plus, indemnizaţie şi alte drepturi corespunzătoare naşterii, chiar dacă produsul de concepţie nu era viabil. În urma consultărilor la nivel de minister, s-a ajuns la următoarele definiţii pentru născutul viu, născutul mort şi avort. Născutul viu era privit în primul rând ca reprezentând sfârşitul sarcinii, atunci când fătul a prezentat un semn de viaţă. În această categorie mai intrau şi cazurile în care, la fătul avortat, prin eforturi terapeutice de reechilibrare funcţională, se reuşeşte instalarea unei respiraţii pulmonare naturale[1]. Născutul mort reprezenta rezultatul terminării sarcinii de minimum 28 de săptămâni, atunci când produsul de concepţie nu a prezentat niciun semn de viaţă. Stabilirea vârstei de 28 de săptămâni se realiza ţinând cont de greutatea fătului, care trebuia să aibă peste 1.000 de grame greutate şi peste 35 de centimetri lungime. Avortul se declara pentru acele cazuri în care produsul de concepţie în momentul expulsiei nu avea coeficienţii de viabilitate (durata gestaţiei de peste 28 de săptămâni, greutate de peste 1.000 grame şi lungime de peste 35 de centimetri)[2]. Nu se făceau referiri suplimentare pentru stabilirea diagnosticului de avort, în special incomplet, favorizând astfel eventualitatea stabilirii de diagnostice greşite pe baza unei simptomatologii comune cu alte suferinţe precum endometrite, salpingite, sarcini extrauterine sau cancere tubare. Această scăpare metodologică a fost privită ca soluţie ideală pentru modificarea statisticilor privind avortul, prin menţionarea în fişa de observaţie a oricăror altor afecţiuni ginecologice cu simptomatologie apropiată de cea a avortului incomplet. Fără îndoială că astfel de cazuri au fost numeroase. Ar fi însă hazardată afirmaţia că aceasta reprezenta practica curentă, o dovadă în acest sens fiind numărul mare de avorturi incomplete cu prezentare la spital în tot intervalul 1970-1983.

Rezultatele îndoielnice ale politicii demografice nu au scăpat atenţiei conducerii de partid şi de stat, presiuni permanente fiind exercitate asupra personalului medical pentru a lua măsurile necesare pentru creşterea natalităţii, dar şi pentru micşorarea numărului de avorturi. În aceste condiţii, conducerea Ministerului Sănătăţii, conform indicaţiilor primite de la membrii Comitetului Central al Partidului Comunist Român, decid scăderea numărului total de avorturi cu 30%. Cum medicii nu puteau interveni asupra cifrei avorturilor legale, ei şi-au dirijat atenţia către categoria avorturilor incomplete. Conducerea ministerului nu incrimina folosirea excesivă a diferitelor diagnostice ce puteau uşor ascunde un avort incomplet, ci tocmai opusul acestei situaţii. În viziunea celor din Ministerul Sănătăţii, cifra mare de avorturi incomplete se datora în mare parte conduitei necorespunzătoare a personalului medical, care utiliza excesiv diagnosticul de avort în cazul unor suferinţe precum amenoree, sarcină extrauterină, metroragii, fibromioame,

1. AMS, fond Cabinet 1, dosar 46/1966, nenumerotat.
2. *Ibidem*.

corioepitelioame[1]. Astfel, prin Ordinul de ministru 473 din 3 decembrie 1983 au fost stabilite noi criterii de diagnostic şi raportare a stării de gestaţie, avort şi tulburări neurohormonale. Conform anexei nr. 2 la Ordinul nr. 473, urma să fie codificat şi raportat drept avort, „acel caz în care există certitudinea unei sarcini complicate prin avort. Astfel, diagnosticul de avort se va pune pe baza examenului clinic, numai în cazul eliminării în staţionar a embrionului ori fătului, ori a examenului histopatologic”[2]. Autorităţile sanitare anticipau reuşita acestei măsuri în scăderea cifrei avorturilor fără a fi nevoite să apeleze la schimbarea cifrelor reale căci, în toate materialele sanitare privitoare la întreruperile de sarcină ilegale, se menţiona faptul că „în momentul prezentării la unităţile sanitare, la marea majoritatea a femeilor sarcina este oprită din evoluţie şi impune chiuretajul terapeutic pentru salvarea vieţii femeii şi asigurarea posibilităţilor de procreare în viitor. O mare parte dintre femei se internează în stare foarte gravă, toxico-septică, cu multiple complicaţii hemoragice, hepatice, renale, neurologice”[3]. Din expunerile medicilor rezultă că cele mai multe dintre femeile care recurgeau la manevre abortive ilegale, mare parte dintre ele fiind empirice, nu se prezentau la medic decât în momentul în care viaţa le era pusă în pericol şi de obicei după ce erau sigure că tentativa de avort reuşise. Noua metodologie şi-a dovedit repede eficacitatea. În 1984 numărul avorturilor incomplete s-a redus la jumătate comparativ cu anul 1983, iar cifra globală a întreruperilor de sarcină a scăzut cu 30%. Directiva stabilită de Comitetul Central al Partidului Comunist Român fusese îndeplinită cu succes.

Un nou ordin al Ministerului Sănătăţii privind metodologia folosită în stabilirea diagnosticului de avort a fost emis în octombrie 1986. Prin acesta se aduceau precizări suplimentare pentru situaţiile în care avortul nu avusese loc în staţionar. În aceste cazuri medicii aveau obligaţia „de a folosi toate datele examenului clinic şi probelor biologice, imunologice, în vederea susţinerii diagnosticului de status de avort, care ulterior va fi confirmat sau eventual infirmat prin examenul microscopic al produsului de chiuretaj”[4].

Înregistrarea finală a unui caz drept avort incomplet depindea astfel în totalitate de efectuarea examenului histopatologic, specializare medicală care prezenta un deficit constant şi important de personal, inclusiv în cursul anilor ’80. În 1984 majoritatea direcţiilor sanitare judeţene erau confruntate cu lipsa medicilor de specialitate pentru efectuarea examenului histopatologic în diagnosticul de avort. Pentru rezolvarea acestor lipsuri, judeţele deficitare erau arondate altor unităţi sanitare din regiune, de obicei din centrele universitare Bucureşti, Cluj, Iaşi, Timişoara şi Craiova. Nu este astfel surprinzătoare scăderea constantă a numărului avorturilor incomplete înregistrate începând cu anul 1984[5].

Faptul că statisticile oficiale nu reprezentau realitatea la nivel social este demonstrat şi de evoluţia numărului de avorturi ilegale, precum şi de amploarea decesului matern prin avort. Dacă scăderea numărului de avorturi ar fi fost reală, ar fi antrenat pe de o parte o incidenţă mai mică a cazurilor dovedite de avort provocat, precum şi diminuarea

1. AMS, fond Cabinet 1, dosar 2/1983, nenumerotat.
2. *Ibidem*.
3. AMS, fond Cabinet 1, dosare 2/1983, 3/1983.
4. *Ordin pentru modificarea Ordinului ministrului sănătăţii nr. 473/1983*, AMS, fond DAM-OMCT, dosar 15/1984.
5. *Judeţe deficitare în personal de specialitate pentru efectuarea examenului histopatologic în diagnosticul de avort*, AMS, fond DAM-OMCT, dosar 14/1984.

deceselor materne. Aceşti indicatori nu au urmat curba descendentă a avorturilor incomplete. Mai mult chiar, în cazul mortalităţii materne prin avort, pentru anii 1988 şi 1989, când s-a înregistrat cel mai mic număr de avorturi incomplete, cifra deceselor a fost cu 100 de cazuri mai mare decât în intervalul 1981-1983, când statistic a fost înregistrată o recrudescenţă a fenomenului avortogen.

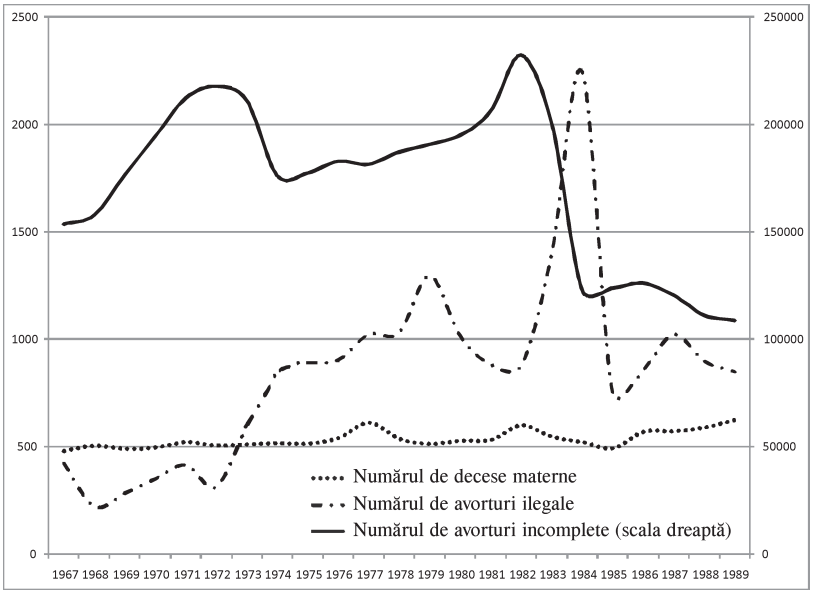


Figura 5. *Evoluţia numărului de avorturi ilegale, incomplete şi al deceselor materne din perioada 1957-1989*

Sursă: Date cumulate din dosare aparţinând AMS, fond Cabinet 1, din perioada 1957-1989.

Evoluţia cifrei avorturilor legale

Cifrele înregistrate pentru avorturile legale au fost influenţate de modificările aduse prevederilor iniţiale ale Decretului nr. 770, mai precis Decretul nr. 53 din 16 februarie 1972[1] şi Decretul nr. 411 din 26 decembrie 1985[2]. Prima modificare, cea din 1972, a fost o relaxare a prevederilor iniţiale, scăzând vârsta de la care o femeie putea solicita întreruperea legală a sarcinii de la 45 la 40 de ani. Consecinţa a fost creşterea numărului de cazuri din această categorie de la 1.116 cazuri în 1971 la 20.856 în 1972[3]. Valorile în cadrul acestei categorii au urcat către un maximum de 36.000, un declin fiind însă vizibil în prima parte a anilor '80. Cea de-a doua modificare, în 1985, a însemnat în fapt

1. Decretul nr. 53 din 16 februarie 1972, pentru modificarea articolului 2 litera d din Decretul nr. 770/1966 pentru reglementarea întreruperii cursului sarcinii, în *Buletinul Oficial al RSR*, nr. 21/1972.
2. Decretul nr. 411/1985, privind modificarea articolului 2 din Decretul nr. 770/1966 pentru reglementarea întreruperii cursului sarcinii, în *Buletinul Oficial al RSR*, nr. 76/1985.
3. AMS, fond Cabinet 1, dosar 81/1972.

revenirea la prevederile iniţiale ale Decretului nr. 770, vârsta maximă de la care se putea solicita întreruperea sarcinii urcând din nou la 45 de ani. Scăderea înregistrată a fost absolut identică cu creşterea înregistrată în 1972, de la 21.923 de cazuri la 1.618[1]. Până la legalizarea avortului, această categorie a înregistrat o descreştere constantă.

Segmentul întreruperilor aprobate pentru naşterea sau îngrijirea a patru copii a fost cel mai bine reprezentat în categoria avorturilor legale, cunoscând o creştere spectaculoasă de la 31.276 de cazuri în 1967[2] la 103.167 în 1973 şi 162.569 în 1982[3]. Întreruperile de sarcină aprobate pe criteriul numărului de naşteri au înregistrat o creştere constantă şi semnificativă, ajungând la un procent de 35-40% din numărul total al întreruperilor de sarcină înainte de 1985. După această dată, când cifra avorturilor incomplete scade la jumătate, proporţia creşte la 55-60%. Încurajate de micşorarea cifrelor statistice privind avortul incomplet şi pe fondul sporirii cererilor oficiale pe criteriul limitei de vârstă, autorităţile comuniste iau decizia, în decembrie 1985, să înăsprească condiţiile şi în cazul numărului de naşteri după care se putea solicita o întrerupere legală în sensul creşterii cifrei de la patru la cinci copii şi adăugarea prevederii ca toţi cei cinci minori să se afle în grija familiei. În consecinţă, cifra de avorturi legale din această categorie a scăzut de la 128.372 în 1985 la 25.917 în 1986[4]. Trendul ascendent a fost reluat imediat, în 1989 ajungând la 50.000 de cazuri[5].

Categoria avorturile aprobate din motive medicale s-a caracterizat printr-o constanţă a cifrelor. Singura creştere s-a înregistrat în primii doi ani de aplicare a Decretului nr. 770. Până la liberalizarea avortului, valorile din această categorie s-au menţinut în jurul valorii de 30.000. Trebuie subliniată însă excepţia de la această paradigmă, şi anume anul 1972, când s-au înregistrat 48.715 cazuri, o creştere globală cu 18.000 de cazuri. Din totalul cazurilor, 17.717 au avut ca motiv boli ereditare ale părinţilor. Situaţia este singulară, nemaifiind întâlnită ulterior[6]. Mai mult chiar, în 1973 statistica a înregistrat doar 32.500 de cazuri[7].

Situaţia este greu de explicat, în documentele Ministerului Sănătăţii nefiind consemnate precizări legate de această situaţie, fie ele critici ori măsuri luate pentru combaterea fenomenului.

O categorie specială, asupra căreia s-a speculat destul de mult, este cea a avorturilor aprobate de comisiile de specialitate atunci când sarcina era rezultatul unui viol ori incest. A fost emisă ipoteza conform căreia datele corespunzătoare acestei categorii au fost inversate în statisticile oficiale cu cele ale categoriei avorturi incomplete, pentru a ascunde cifra reală a întreruperilor de sarcină clandestine[8]. Sursele studiate nu au confirmat această aserţiune. Mai mult, din datele pe care le deţinem, cifrele înregistrate la rubrica *viol/incest* sunt relativ modeste.

Prin compararea celor două intervale putem observa, similar cu întreruperile aprobate din motive medicale, o constanţă a valorilor, fără oscilaţii semnificative.

---

1. AMS, fond Cabinet 1, dosar 39/1988, nenumerotat.
2. AMS, fond Cabinet 1, dosare 22/1967, 72/1967, nenumerotate.
3. AMS, fond Cabinet 1, dosare 3/1983, 4/1983, nenumerotate.
4. *Evoluţia principalelor fenomene demografice*, AMS, fond Cabinet 1, dosar 39/1988, nenumerotat.
5. *Evoluţia principalelor fenomene demografice*, AMS, fond Cabinet 1, dosar 37/1989, nenumerotat.
6. AMS, fond Cabinet 1, dosar 8/1972, nenumerotat.
7. *Studiul avortului spontan*, AMS, fond Cabinet 1, dosare 92/1973, 111/1973, nenumerotate.
8. Vezi Gail Kligman, *op.cit.*, pp. 228-229.

Tabelul 7. *Evoluţia avizelor pentru întreruperea cursului sarcinii pentru cazurile de viol şi incest*

An	1968	1969	1970	1971	1972	1973
Nr. avorturi pentru viol sau incest	46	44	36	58	55	44

An	1980	1981	1982	1983	1984
Nr. avorturi pentru viol sau incest	45	32	37	54	31

Sursă : Date cumulate din dosare aparţinând AMS, fond Cabinet 1, din perioada 1957-1989.

Condiţionări în evoluţia numărului total al întreruperilor de sarcină, 1967-1989

Evoluţia numărului de avorturi a fost influenţată şi de vârsta, mediul social, pregătirea, ocupaţia femeilor.

Imediat după adoptarea Decretului nr. 770/1966, o analiză a femeilor care fie ceruseră întreruperea legală a sarcinii, fie suferiseră un avort incomplet arăta următoarea situaţie. În categoria avorturilor la cerere, cel mai bine reprezentată era categoria 45-49 de ani, urmată de 40-44, 35-39 şi spre finalul clasamentului 30-34 de ani. Acelaşi clasament se întâlneşte şi pentru categoria avorturilor spontane. În 1967, dintr-un total de 542.246 de sarcini depistate, s-au înregistrat 153.700 de cazuri de avort incomplete, reprezentând 28,2% din numărul total de sarcini[1]. Acest procent se încadrează în limita dată de medici pentru proporţia avorturilor spontane reale. În ceea ce priveşte vârsta sarcinii, majoritatea cazurilor au survenit în al doilea trimestru de sarcină. Fără îndoială că în spatele cifrei totale a avorturilor incomplete se află şi un număr important de avorturi provocate, dovezi în acest sens fiind şi numărul de avorturi ilicite descoperite de autorităţile statului, mortalitatea maternă în creştere faţă de anul 1966, precum şi procesele intentate celor care au recurs la un avort ilicit sau care au ajutat alte persoane să practice un avort ilicit. Concluzia pertinentă este aceea că populaţia feminină se găsea sub influenţa şocului iniţial produs de scoaterea în afara legii a avortului, sincopă care a stat la baza creşterii spectaculoase a natalităţii în anii 1967-1970.

Majoritatea avorturilor (privite ca cifră globală) s-au înregistrat în rândul femeilor căsătorite, 93,6%. Împărţirea pe medii rural/urban diferă în funcţie de categorii. În cazul avorturilor legale aprobate pe motive medicale, majoritatea cazurilor se întâlnesc în mediul urban, acolo unde adresabilitatea faţă de îngrijirea medicală era mai mare. În mediul rural se întâlnesc însă mai multe cazuri aprobate pentru limită de vârstă şi numărul de copii născuţi şi avuţi în grijă. În cazul avorturilor incomplete, cifra cea mai mare se întâlneşte de asemenea în mediul urban, în special în rândul muncitoarelor, urmând femeile din mediul rural. Sunt mai puţin numeroase cazurile înregistrate în rândul funcţionarelor şi intelectualelor[2].

1. AMS, fond Cabinet 1, dosare 22/1967, 72/1967, nenumerotate.
2. *Ibidem*.

Adaptarea populaţiei feminine la noile condiţii devine vizibilă începând cu anul 1970, când indicele natalităţii începe o descreştere mai accentuată dublată de creşterea numărului avorturilor, astfel încât procentul numărului total de avorturi raportat la numărul de născuţi vii ajunge la cifra de 686‰. Majoritatea, 70%, erau avorturi incomplete, însă situaţia era mult schimbată faţă de 1967. Raportat la totalul sarcinilor luate în evidenţă, proporţia avorturilor incomplete a urcat la 42,1%. Modificări semnificative apar şi în rândul femeilor înregistrate cu avort. Cele mai multe cazuri au fost înregistrate la categoriile aflate la vârsta de fertilitate maximă, 20-34 de ani. 69% dintre acestea erau salariate, 34% erau muncitoare. Proporţia femeilor căsătorite scade şi ea la 85% din total. Vârsta sarcinii la care se produce avortul este de asemenea semnificativă, majoritatea cazurilor înregistrându-se în primul semestru de sarcină. Această situaţie va tinde către o paradigmă la nivelul societăţii româneşti, puţine fiind modificările apărute până la liberalizarea avortului.

În 1972, majoritatea avorturilor incomplete au fost înregistrate la femei cu vârsta cuprinsă între 20 şi 29 de ani. Judeţele cu indicii cei mai ridicaţi erau cele cu mobilitate a populaţiei ridicată precum Constanţa, Iaşi, Braşov, municipiul Bucureşti, regiunea Banatului. O incidenţă mai mare a avortului spontan se înregistra în rândul femeilor cu grad de şcolarizare redus sau foarte redus, 13,8% nu fuseseră şcolarizate, iar 57% aveau terminată doar şcoala elementară. Absolventele de şcoală medie erau în procent de 12,4%, iar cele de studii superioare doar 3,1%. Majoritatea, 60%, proveneau din rândul populaţiei ocupate, în cadrul acestei categorii jumătate erau muncitoare (industrie textilă, croitorie, comerţ). 67% din totalul întreruperilor de sarcină incomplete s-au produs la femei care aveau deja unul sau doi copii. Această situaţie arată efortul familiilor româneşti de conservare a unui model familial cu unul sau cel mai adesea doi copii. Faptul că avortul devenise cea mai folosită, poate singura măsură de limitare a sarcinilor, este dovedit şi de amploarea antecedentelor de avort. 70% dintre femeile care se prezentau cu diagnostic de avort incomplet aveau în istoria personală între 3 şi 9 alte avorturi incomplete sau legale (înainte de 1966). De asemenea, vârsta sarcinii în momentul producerii avortului se modifică semnificativ, 80% dintre cazuri survenind în primul trimestru[1].

În anii ’80 un număr mai mare de avorturi s-a înregistrat la femeile cu vârsta între 25 şi 35 de ani. Mediul urban îţi păstrează locul fruntaş, cu 69% din totalul avorturilor incomplete, cifrele cele mai mari fiind înregistrate în centrele industriale aflate în plină expansiune la acel moment. Proporţia muncitoarelor creşte către 41-44% în timp ce numărul femeilor casnice scade, ajungând la doar 23% din total. La aceste schimbări trebuie să luăm în considerare şi procentul de femei active din plaja de vârstă mai expusă la avort incomplet. Indici mai scăzuţi s-au menţinut pentru categoria funcţionarelor şi intelectualelor[2].

Portretul general al femeii diagnosticate cu avort incomplet şi care foarte probabil apelase la manevre abortive ilicite era tânăra căsătorită, mamă, activă, cu educaţie medie, provenind cel mai probabil din mediul rural şi încadrată în unul dintre marele centre industriale, care îşi petrecea o parte importantă a timpului în cadrul unor comunităţi mari şi omogene de femei – fie la locul de muncă, fie în cămine muncitoreşti –, fapt care permitea transmiterea mai rapidă a informaţiilor legate de metode folosite în provocarea avortului.

Evoluţia numărului avorturilor ulterior adoptării Decretului nr. 770/1966 reprezintă una dintre dovezile falimentului politicii demografice a regimului Ceauşescu.

Luciana M. Jinga

1. AMS, fond Cabinet 1, dosar 8/1972, nenumerotat.
2. AMS, fond Cabinet 1, dosar 39/1988, dosar 37/1989, dosar 44/1989, nenumerotate.

Capitolul 9

Mortalitatea maternă în România, 1966-1989

Introducere

Rostul demersului nostru a fost ca prin intermediul documentaţiei de arhivă şi al bibliografiei să demonstrăm că politica pronatalistă restrictivă dusă de Ceauşescu a fost principala cauză a mortalităţii materne din România în anii 1967-1989. Studiul a fost structurat în patru secţiuni. În prima am prezentat principalele cauze ale mortalităţii materne. În cea de a doua parte am arătat care au fost factorii care au influenţat scăderea sau creşterea în anumiţi ani a deceselor materne provocate prin risc obstetrical şi a celor datorate practicării întreruperii ilegale a sarcinii. Tot în cadrul celei de a doua părţi am realizat şi o prezentare a evoluţiei ratei mortalităţii materne datorate riscului obstetrical şi întreruperilor de sarcină din perioada anilor 1965-1990. În cea de a treia am arătat care este şi punctul de vedere al oamenilor de ştiinţă occidentali în privinţa numărului mare de decese materne datorate avortului ilegal înregistrate în România epocii Ceauşescu. La final am prezentat conţinutul unui dosar de deces matern pentru a arăta cum autorităţile medicale erau obligate să consemneze că vina pentru producerea decesului îi aparţinea femeii care şi-a provocat avortul.

Mortalitatea maternă în România ceauşistă

Efectuările ilegale ale întreruperilor de sarcină au constituit în epoca Ceauşescu principala metodă de control a fertilităţii şi în acelaşi timp principala cauză a mortalităţii la femeile de vârstă fertilă. Comparativ cu alte ţări din Europa, rata mortalităţii materne datorate întreruperii ilegale de sarcină din România anilor ’66-’89 a atins cele mai înalte valori[1]. Acest lucru era menţionat în rapoartele Ministerului Sănătăţii privind „evoluţia stării de sănătate a populaţiei şi a principalelor aspecte demografice din Republica Socialistă România”[2]. În funcţie de cauzele care le-au provocat, au existat două categorii de decese materne, şi anume: prin risc obstetrical şi prin avort ilegal. În informarea privind „principalele probleme de sănătate din sectorul mamei şi copilului pe primul semestru al

1. *Raport privind evoluţia stării de sănătate şi principalele aspecte demografice din R.S. România în anul 1982*, AMS, fond DCCPI, dosar 24/1981, f. 5.
2. *Ibidem*, f. 5.

anului 1969", prezentată de către reprezentanţii Ministerului Sănătăţii în cadrul consfătuirii cu membrii Consiliului de Obstetrică, Ginecologie şi Pediatrie din 26-27 septembrie 1969, referitor la mortalitatea maternă se preciza faptul că în România numărul deceselor materne a fost substanţial redus, dar reducerea era numai de cinci ori în raport cu o reducere de 12 ori din alte ţări[1]. În acelaşi document se specifica faptul că pe cauze de deces cele mai multe decese materne înregistrate în ţara noastră erau incluse în „alte avorturi" sau cele fără alte indicaţii, urmate ca frecvenţă de naşterea cu alte complicaţii, inclusiv decesul din timpul anesteziei ; alte complicaţii ale sarcinii ca : hemoragii gravidice, infecţiile din cursul naşterii sau lehuziei şi embolia pulmonară[2]. În informarea Ministerului Sănătăţii se menţiona că pe plan mondial cele mai frecvente decese materne erau înscrise în codul „alte complicaţii ale sarcinii, naşterii sau lăhuziei"[3].

Potrivit observaţiilor făcute de Direcţia Asistenţei Medicale Ocrotirea Mamei, Copilului şi Tineretului (Direcţia OMCT) pe marginea „studiului asupra avortului spontan" realizat de Ministerul Sănătăţii în anul 1970, în România decesele materne sunt provocate în mare parte de avorturile septice (ilicite)[4]. În materialul privind *Evoluţia natalităţii, întreruperile de sarcină şi mortalitatea maternă prin avort septic în anul 1973*, prezentat de către Serviciul Mamei, Copilului şi Tineretului în şedinţa Consiliului de Conducere al Ministerului Sănătăţii din 22 martie 1974, se menţiona faptul că decesele materne prin avort septic au crescut în perioada 1967-1973 de 2,5 ori, ceea ce făcea ca România să fie cu mult peste media deceselor înregistrate din această cauză în restul ţărilor europene (multe din aceste ţări nu au decese prin avort septic sau au indicatori minimi)[5]. Pentru reducerea mortalităţii materne, în cadrul aceluiaşi material se recomandau ca măsuri : interzicerea naşterilor la domiciliu şi punerea în discuţie în cadrul colegiilor judeţene ale medicilor şi farmaciştilor a fiecărui caz de deces matern şi luarea măsurilor corespunzătoare[6]. În discuţiile purtate de reprezentanţii Direcţiei OMCT cu directorii direcţiilor sanitare judeţene în lunile martie-aprilie 1985 în privinţa „problemelor de asistenţă materno-infantilă", la nivelul fiecărui judeţ se recomanda îmbunătăţirea asistenţei medicale a mamei începând cu depistarea gravidelor din teritoriu şi în mod deosebit a celor cu risc, supravegherea lor şi dirijarea naşterilor în unităţi sanitare competente[7].

Decesele materne prin risc obstetrical

Conform unor analize realizate de Direcţia Asistenţei Medicale Ocrotirea Mamei, Copilului şi Tineretului în 1988[8] şi 1989[9], mortalitatea maternă prin risc obstetrical se

1. *Informare privind principalele probleme de sănătate din sectorul ocrotirii mamei şi copilului*, AMS, fond Cabinetul Ministrului Sănătăţii (Cabinet 1), dosar 30/1969, f. 9.
2. *Ibidem*, f. 10.
3. *Ibidem*.
4. *Informare*, AMS, fond Cabinet 1, dosar 117/1970, f. 3.
5. *Informare privind evoluţia natalităţii, întreruperilor de sarcină şi mortalităţii materne prin avort septic în anul 1973*, AMS, fond Cabinet 1, dosar 4/1974, f. 4.
6. *Ibidem*, ff. 5-8.
7. *Probleme de asistenţă materno-infantilă*, AMS, fond Cabinet 1, dosar 32/1985, f. 3.
8. *Analiza cauzelor care au favorizat şi determinat decesele materne la naştere şi prin avort*, AMS, fond Cabinetul Secretarului General al Ministerului Sănătăţii (Cabinet 4), dosar 15/1988, ff. 2-6.
9. AMS, fond DCCPI, dosar 7/1989, ff. 3-4.

datora complicaţiilor medicale (insuficienţa renală acută, edemul cerebral, hemoragia uterină, peritonita după operaţia de cezariană, septicemia după naşterea pe căi naturale în maternităţi, embolia pulmonară, tromboembolia cerebrală) survenite în timpul sarcinii, naşterii şi lăuziei. În cazul deceselor materne provocate de cauze obstetrice, cei care erau sancţionaţi erau medicii şi cadrele medii sanitare. Ei erau vinovaţi de nedepistarea în primele trei luni de sarcină a femeilor gravide şi de nesupravegherea lor medicală[1]. Personalului medico-sanitar fie i se desfăcea contractele de muncă, fie era retrogradat sau sancţionat de către colegiile de disciplină judeţene şi Colegiul Central de Disciplină[2]. De exemplu, într-un caz de naştere la domiciliu cu ruptură uterină în judeţul Caraş-Severin, salvarea a sosit cu întârziere, a transportat lăuza la spitalul cel mai apropiat, unde medicul de gardă (de altă specialitate), fără a lua măsuri de reechilibrare volemică pe timpul transportului, a trimis salvarea la spitalul din Caransebeş, unde lăuza a decedat după 25 de minute[3]. Direcţia Sanitară Judeţeană a sancţionat personalul medico-sanitar considerat vinovat în acest caz[4].

Potrivit documentelor din Arhiva Ministerului Sănătăţii, în funcţie de grupa de vârstă a femeii, cele mai multe decese materne prin risc obstetrical s-au produs la femeile între 30 şi 34 de ani, urmate de cele între 35 şi 39 de ani[5]. Analiza efectuată de Direcţia OMCT în 1988 arăta că în 1987 grupele de vârstă cele mai afectate au fost între 30 şi 34 de ani, cu 27 decese înregistrate, şi între 35 şi 39 de ani, cu 18 decese consemnate[6]. După nivelul de studii al mamei, cele mai multe decese s-au produs la femeile cu şcoală primară, urmate de cele cu studii medii şi de cele cu studii superioare, care reprezentau un procent de doar 3-4%[7].

Decesele materne prin avort ilegal

Conform Instrucţiunilor nr. 27/1974 de aplicare a Decretului nr. 770/1966 privind reglementarea întreruperii cursului sarcinii, pentru rezolvarea avortului incomplet şi îmbunătăţirea asistenţei medicale de obstetrică-ginecologie, „întreruperi ilegale de sarcină" erau considerate cele rezultate dintr-o încălcare a Decretului nr. 770[8]. Existau două categorii de „avorturi ilegale" : cele care nu erau incluse în evidenţele statului şi avorturile care erau înregistrate în statistici[9]. Primele se refereau atât la intervenţiile efectuate de un cadru medico-sanitar, terminate cu rezultate bune, numite şi chiuretaje, cât şi la întreruperile ilegale de sarcină, neurmate de complicaţii[10]. Al doilea tip de „avorturi ilegale" cuprindea încercările de întrerupere a sarcinii care sfârşeau prin a fi înregistrate în statistici[11].

1. *Analiza mortalităţii materne prin risc obstetrical*, AMS, fond Cabinet 4, dosar 23/1988, f. 6.
2. AMS, fond Cabinet 2, dosar 3/1986, f. 3.
3. AMS, fond DCCPI, dosar 7/1989, f. 7.
4. *Ibidem*.
5. *Analiza cauzelor care au favorizat şi determinat decesele materne la naştere şi prin avort*, AMS, fond Cabinet 4, dosar 15/1988, f. 5.
6. *Ibidem*.
7. *Ibidem*, ff. 5-6.
8. *Ibidem*.
9. Comisia Prezidenţială pentru Analiza Dictaturii Comuniste din România, *Raport Final*, 2006, p. 510, accesibil online la adresa http : //www.presidency.ro, accesat la 1.07.2009.
10. *Ibidem*.
11. *Ibidem*.

Acestea erau avorturi autodeclanşate prin mijloace „empirice" (de exemplu folosirea unor metode mecanice ; administrarea unor decocturi ; introducerea în cavitatea uterină cu ajutorul unei sonde a unei soluţii de ser fiziologic cu săpun ; introducerea unor obiecte de uz casnic ca andrele, croşete, fusuri pentru a perfora colul uterin), care nu erau duse până la capăt (avorturi incomplete)[1]. În urma practicării avorturilor incomplete, multe femei ajungeau în stare gravă la spital. La majoritatea urgenţelor legate de sarcină, diagnosticul stabilit de medicii ginecologi era „avort incomplet toxico-septic" cu complicaţii postabortive (şoc toxico-septic, stop cardio-respirator, insuficienţă renală acută, insuficienţă hepatorenală acută, cangrenă uterină, peritonită incipientă) care determinau decesul femeii[2]. Sociologul Gail Kligman menţiona în lucrarea sa *Politica duplicităţii. Controlul reproducerii în România lui Ceauşescu* că, potrivit statisticilor Ministerului Sănătăţii, „în perioada 1966-1989, un procent de 60,1% dintre femeile spitalizate pentru urgenţe datorate întreruperilor ilegale de sarcină au fost diagnosticate cu avort incomplet"[3]. Femeile care decedau înainte de a ajunge la spital sau care ajungeau prea târziu erau înregistrate în statistica mortalităţii materne la rubrica „cauze ale deceselor materne".

În analiza realizată de Direcţia Asistenţei Medicale Ocrotirea Mamei, Copilului şi Tineretului în 1988, referitoare la „cauzele care au favorizat şi determinat decesele materne prin avort", se stabileau cinci cauze care au determinat decesele datorate avorturilor ilegale, şi anume : „ascunderea sarcinii ; gravitatea complicaţiilor postavortive, care depăşeau posibilităţile terapeutice ; prezentarea tardivă la spital şi carenţele educaţionale din activitatea sanitară"[4]. În aceeaşi analiză a Direcţiei OMCT se preciza că din totalul de 491 de decese materne atribuite întreruperilor ilegale de sarcină înregistrate în 1987, 120 s-au produs la domiciliu fără asistenţă medicală, 118 cazuri au decedat în primele 24 de ore de la internare din cauza prezentării la spital în stare gravă, iar 253 de femei au decedat în spital după o spitalizare mai mare de 24 de ore[5].

Potrivit surselor documentare din Arhiva Ministerului Sănătăţii, pe grupe de vârstă s-a înregistrat o rată crescută a mortalităţii materne provocate de avortul ilegal la femeile de peste 30 de ani[6]. În funcţie de vârsta femeii, decesele materne datorate avorturilor ilegale în anul 1987 s-au împărţit astfel : 253 s-au produs la femei între 30 şi 39 de ani, 184 la femei între 20 şi 29 de ani, 44 la cele de 40 ani şi peste această vârstă şi 28 la femei sub 20 de ani[7]. Datele statistice din raportul Ministerului Sănătăţii privind „starea de sănătate a populaţiei şi activitatea medico-sanitară în anul 1988" arătau o creştere a ratei mortalităţii materne atribuite întreruperilor ilegale de sarcină la femeile între 25 şi 29 de ani (130 decese – 24,8%), urmate de cele la femeile între 30 şi 34 de ani (106 decese – 20,2%)[8].

1. AMS, fond DAM-OMCT, dosar 11/1983, nenumerotat.
2. *Ibidem*.
3. Gail Kligman, *Politica duplicităţii. Controlul reproducerii în România lui Ceauşescu*, Editura Humanitas, Bucureşti, 2000, p. 68.
4. *Analiza cauzelor care au favorizat şi determinat decesele materne la naştere şi prin avort*, AMS, fond Cabinet 4, dosar 15/1988, ff. 8-9.
5. *Ibidem*, f. 9.
6. *Ibidem*.
7. *Ibidem*.
8. AMS, fond Cabinet 4, dosar 6/1989, ff. 3-4.

Statisticile Ministerului Sănătăţii din anul 1987 indicau că 50,5% dintre femeile decedate în urma unei întreruperi ilegale a sarcinii aveau doi sau trei copii[1]. 1.165 de copii au rămas fără mamă în 1986 ca urmare a avorturilor ilegale, iar în 1987 numărul de copii orfani a scăzut la 1.136[2]. În raportul referitor la „starea de sănătate a populaţiei în anul 1988", cifrele statistice arătau că 173 dintre femeile decedate prin avorturi ilegale aveau doi copii, urmate de 108 femei decedate având trei copii şi 83 femei decedate având patru copii[3]. Un număr mai mic de decese datorate întreruperilor ilegale de sarcină s-a înregistrat în anul 1988, la femeile care, nu aveau copii (67) şi la cele care, datorită faptului că aveau cinci sau mai mulţi copii, legea le permitea să solicite întreruperea legală a sarcinii (25)[4]. Probabilitatea de a încerca o întrerupere de sarcină era mai mare la femeile care aveau deja un copil sau doi decât la cele care nu născuseră încă. Se dorea culpabilizarea femeii-mamă, făcând-o responsabilă pentru „gravele consecinţe sociale" produse de practicarea avorturilor ilegale.

Evoluţia ratei mortalităţii materne provocate de cauze obstetrice şi avorturi ilegale în intervalul 1965-1989

Pe tot parcursul perioadei în care au fost aplicate măsurile pronataliste promovate de regimul Ceauşescu, avorturile ilegale au avut o contribuţie semnificativă la creşterea uimitoare a numărului deceselor materne. Decesele materne datorate riscului obstetric au avut o tendinţă de scădere în general (vezi tabelul 8 şi figura 6). Rata mortalităţii materne datorată altor cauze decât avortul ilicit a avut o tendinţă de creştere în special în perioadele care au urmat imediat anilor când fie s-a alcătuit legislaţia antiavort, fie s-au operat modificări la Decretul nr. 770 din 1 octombrie 1966 privind avortul (publicarea la 16 februarie 1972 a Decretului nr. 53 potrivit căruia limita de vârstă la care femeia beneficia de întreruperea legală a sarcinii a fost scăzută de la 45 la 40 de ani ; elaborarea la 26 decembrie 1985 a Decretului nr. 411 prin care era mărită limita de vârstă de la 40 la 45 ani, iar numărul de copii creştea de la 4 la 5[5]).

În 1967, de exemplu, numărul de decese materne atribuite cauzelor obstetrice au crescut la 338, comparativ cu 171 consemnate în 1966 ; apoi, în 1973, cifra deceselor materne prin risc obstetrical a crescut la 148 faţă de 136 înregistrate în 1972 şi din nou, în 1986, numărul lor a crescut la 83 comparativ cu 68 consemnate în 1985 (tabelul 8). Cercetătoarea Gail Kligman considera în cartea sa că aceste modificări temporare ale ratei mortalităţii materne datorate altor cauze decât avortul ilegal reflectau creşterea numărului de naşteri şi scăderea numărului de întreruperi ilegale de sarcină în perioadele imediat următoare activităţii legislative antiavort[6]. Dar punctul de vedere al sociologului Gail Kligman nu este susţinut în totalitate de datele statistice ale acelor ani. O dovadă este numărul deceselor materne atribuite avorturilor ilegale, care au urmat un trend crescător în general în intervalul de timp care a urmat imediat anilor în care s-a elaborat

1. AMS, fond Cabinet 4, dosar 15/1988, f. 10.
2. *Ibidem*.
3. AMS, fond Cabinet 4, dosar 6/1989, f. 4.
4. *Ibidem*.
5. Gail Kligman, *op.cit.*, pp. 65, 73, 79.
6. *Ibidem*, p. 232.

legislaţia referitoare la avort. De exemplu, în 1967 cifra deceselor materne datorate întreruperilor de sarcină prin mijloace ilegale a crescut la 143 comparativ cu 64 înregistrate în 1966 (tabelul 8). La fel se întâmpla şi în 1986, când numărul deceselor materne provocate de întreruperile ilegale ale sarcinii creşteau la 488 faţă de 425 consemnate în 1985 (tabelul 8). Excepţia a fost anul 1973, când numărul deceselor materne prin avort ilegal a scăzut la 364 de la 370 înregistrate în 1972 (tabelul 8).

Tabelul 8. *Decesele materne, anii 1965-1989*

Anul	Decese materne datorate complicaţiilor provocate de întreruperile de sarcină		Decese materne atribuite cauzelor obstetrice		Totalul deceselor materne	
	Numărul	La 1.000 de naşteri vii	Numărul	La 1.000 de naşteri vii	Numărul	La 1.000 de naşteri vii
1965	47	0,17	190	0,68	237	0,85
1966[a]	64	0,23	171	0,63	235	0,86
1967	143	0,27	338	0,64	481	0,91
1968	192	0,36	314	0,60	506	0,96
1969	258	0,55	233	0,50	491	1,05
1970	314	0,73	183	0,43	497	1,16
1971	363	0,91	139	0,40	522	1,31
1972[b]	370	0,95	136	0,35	506	1,30
1973	364	0,96	148	0,39	512	1,35
1974	381	0,89	136	0,32	517	1,21
1975	385	0,91	131	0,32	516	1,23
1976	432	1,04	110	0,26	542	1,30
1977	469	1,11	145	0,34	614	1,45
1978	447	1,07	89	0,22	536	1,29
1979	422	1,03	92	0,22	514	1,25
1980	441	1,11	86	0,21	527	1,32
1981	456	1,20	77	0,20	533	1,40
1982	511	1,48	78	0,23	589	1,71
1983	471	1,47	76	0,24	547	1,71
1984	449	1,28	73	0,21	522	1,49
1985[c]	425	1,18	68	0,19	493	1,37
1986	488	1,29	83	0,22	571	1,51
1987	491	1,28	84	0,22	575	1,50
1988	524	1,38	67	0,18	591	1,56
1989	545	1,49	82	0,22	627	1,71

Notă : a) Publicarea Decretului nr. 770/1966 privind interzicerea avortului ; b) Măsuri legislative restrictive privind avortul (Decretul nr. 53/1972) ; c) Măsuri legislative restrictive privind avortul (Decretul nr. 411/1985).

Sursă : Arhiva Ministerului Sănătăţii, fond DCCPI, dosare 17/1980, 19/1981, 24/1981, 6/1985, 18/1989 ; fond Cabinet 4, dosare 21/1986-1987, 32/1986, 18/1987, 20/1987, 5/1989.

În ceea ce priveşte rata crescută a mortalităţii materne cauzate de întreruperile ilegale de sarcină, aceasta a fost efectul politicii demografice restrictive promovată de Ceauşescu începând din octombrie 1966 (vezi figura 6 şi tabelul 8). În 1965, ultimul an când avortul a fost legal, rata mortalităţii materne provocate de complicaţii ale întreruperii sarcinii a fost de 0,17% la 1.000 de naşteri vii (figura 6). În anul 1967, la un an după intrarea în vigoare a Decretului nr. 770, ea a crescut la 0,27% la 1.000 de naşteri vii (figura 6). Valorile cele mai ridicate au fost atinse în anii 1982 (1,48% la 1.000 de naşteri vii) şi 1989 (1,49% la 1.000 de naşteri vii) (figura 6).

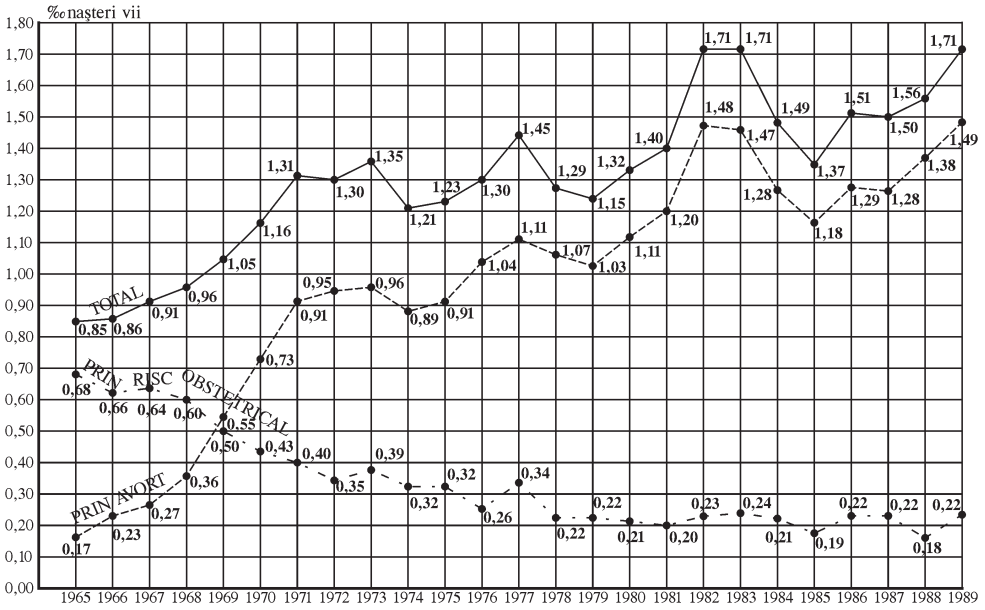


Figura 6. *Evoluţia mortalităţii materne în România în perioada 1965-1989*

Sursă : Arhiva Ministerului Sănătăţii, fond DCCPI, dosare nr. 17/1980, 19/1981, 24/1981, 6/1985, 18/1989 ; fond Cabinet 4, dosare nr. 21/1986-1987, 32/1986, 18/1987, 20/1987, 5/1986.

Mortalitatea maternă din România în analiza mediilor ştiinţifice occidentale

Lucrările specialiştilor occidentali în demografie din anii ’90 dezaprobau politica pronatalistă restrictivă dusă de regimul Ceauşescu în perioada octombrie 1966-1989. Studiile oamenilor de ştiinţă vest-europeni, axate pe analiza evoluţiei fenomenelor demografice în Europa Centrală şi de Est, demonstrau eşecul măsurilor pronataliste puse în aplicare de autorităţile comuniste în România. Cercetătorii din Vest au analizat în studiile lor dimensiunea consecinţelor nefaste pe care politica demografică restrictivă a partidului comunist le-a produs în cadrul societăţii româneşti. De exemplu, analistul pe probleme ale populaţiei Robert J. McIntyre, în articolul său „Pronatalist programmes in Eastern

Europe", apărut în 1975 în revista *Soviet Studies*, sublinia faptul că : „Numărul avorturilor provocate crescuse permanent. Astfel, de la 153.000 pe an în 1967 la 330.000 pe an în 1971, iar în 1972 şi 1973 cifrele erau de 380.000 şi respectiv 375 000 pe an"[1]. Sociologul Henry P. David, în cadrul studiului său „Eastern Europe, 1920-1991 : public health perspective", publicat în revista *Studies in family planning* în 1992, remarca o creştere constantă a mortalităţii materne din cauza avortului în perioada 1966-1989.

Dacă în perioada 1960-1965, înainte ca Ceauşescu să pună restricţii asupra avortului şi contracepţiei, se înregistra o medie de 76 de decese materne pe an din cauza complicaţiilor avortului septic, între 1966 şi 1989 s-a înregistrat o medie de 302 decese materne în fiecare an din cauza avorturilor ilegale[2].

Pe baza datelor statistice de la Organizaţia Mondială a Sănătăţii, patru cercetători occidentali, printre care şi David, în cadrul articolului lor intitulat „Reproductive health in Romania : reversing the Ceausescu legacy" şi apărut în revista *Studies in family planning* în 1991, constatau că : „În 1984, mortalitatea maternă aproape s-a dublat, de la 86 de decese la 100.000 de naşteri vii în 1981 la aproape 150, din care un procent de 86% se datorau avorturilor ilegale. În 1989 s-au înregistrat 159 de decese materne la 100.000 de naşteri vii, cea mai ridicată cifră înregistrată în Europa"[3].

În cadrul studiului său intitulat „Les modes de prévention des naissances en Europe de l'Est", publicat în revista *Population* în 1991, demograful francez Chantal Blayo a realizat o analiză a evoluţiei ratei mortalităţii provocată de avorturi în România în anii 1986, 1987 şi 1988 (vezi tabelul 9).

Tabelul 9. *Decese prin avort în România*

Anul	Cauzele deceselor			Numărul avorturilor declarate	Rata mortalităţii la 100.000 avorturi declarate
	Avortul legal şi terapeutic	Avortul ilegal	Total avorturi		
1986	2	374	376	183 959	204
1987	1	369	370	182 442	203
1988	3	370	373	183 416	201

Sursă : *Population*, 3, 1991, p. 530.

Făcând o comparaţie cu alte state din Europa, Blayo a estimat că în anul 1988 numărul de decese la 100.000 de avorturi declarate a fost în România de 201[4]. În acelaşi an, în Uniunea Sovietică se înregistrau numai 10 decese la 100.000 de avorturi declarate[5]. Conform datelor statistice prezentate de Blayo, doar în două republici din URSS (Tadjikistan

1. Robert J. McIntyre, „Pronatalist programmes in Eastern Europe", în *Soviet Studies*, vol. 26, nr. 3, iulie, 1975, p. 377.
2. Henry P. David, „Eastern Europe, 1920-1991 : public health perspective", în *Studies in family planning*, vol. 23, nr. 1, ianuarie-februarie, 1992, p. 13.
3. Charlotte Hord, Henry P. David, France Donnay, Merril Wolf, „Reproductive health in Romania : reversing the Ceausescu legacy", în *Studies in family planning*, vol. 22, nr. 4, iulie-august, 1991, p. 233.
4. Chantal Blayo, *Les modes de prévention des naissances en Europe de l'Est*, în *Population*, 3, 1991, p. 530.
5. *Ibidem*.

şi Kirghizia) a fost consemnat în ’88 un număr mai mare de decese materne, 40 şi respectiv 45 la 100.000 de avorturi declarate[1]. Pentru Franţa datele statistice arătau de-a lungul anilor o variaţie între 0,5 şi 1 deces la 100.000 de avorturi declarate[2].

Henry P. David observa în articolul său „Eastern Europe, 1920-1991 : public health perspective” că, după legalizarea avortului în anul 1990, în România se înregistrau 172 (69%) de decese materne atribuite întreruperilor cursului sarcinii dintr-un total de 249, remarcându-se o scădere semnificativă faţă de anul 1989 când au fost consemnate 512 (87%) de decese materne datorate avorturilor dintr-un total de 588[3] (vezi figura 7).

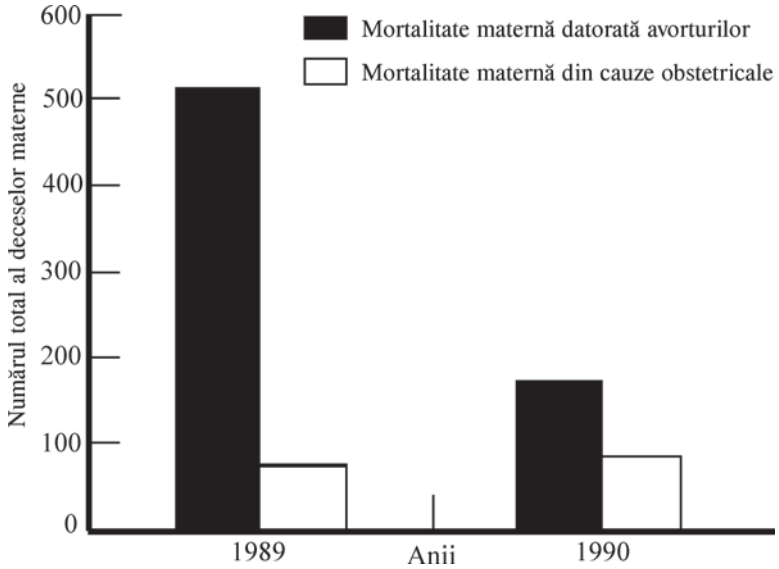


Figura 7. *Cauzele deceselor materne înainte şi după liberalizarea avortului în România, 1989-1990*

Sursă : *Studies in family planning*, vol. 23, nr. 1, ianuarie-februarie 1992, p. 234.

Sociologii occidentali au arătat în studiile lor care erau costurile grave de ordin social şi psihologic provocate de accesul restricţionat la avort în România lui Ceauşescu. Practicarea avortului ilegal a avut ca rezultat apariţia unor grave probleme de sănătate la femei. David, în acelaşi studiu al său publicat în revista *Studies in family planning* în 1992, susţinea că : „Surse neoficiale estimau că aproape 20% din cele 5,2 milioane de femei de vârstă fertilă au suferit probabil o diminuare a fertilităţii datorită întreruperii ilegale a sarcinii”[4]. În acelaşi timp, costul psihologic al lipsei de acces la contraceptive şi la un avort legal, cât şi traumele produse din cauza sarcinii nedorite au afectat numeroase cupluri[5].

1. *Ibidem*.
2. *Ibidem*.
3. Henry P. David, *op.cit.*, p. 234.
4. *Ibidem*, p. 13.
5. *Ibidem*.

Analiştii occidentali pe probleme demografice apreciau că, în perioada 1966-1989, în România au murit aproximativ 7.244 de femei din cauza complicaţiilor provocate de avorturile ilegale[1]. Aceasta ar însemna o medie de 302 femei pe an în 24 de ani[2].

Dosarele deceselor materne cauzate de întreruperile ilegale de sarcină

Existau patru documente medicale care nu lipseau din niciun dosar de deces matern, şi anume : foile de observaţie clinică generală întocmite de secţiile de ginecologie-obstetrică ale spitalelor judeţene, rapoartele medico-legale de autopsie alcătuite de laboratoarele judeţene de medicină legală, referatele direcţiilor sanitare judeţene care erau trimise împreună cu dosarele de deces matern colegiilor medicilor şi farmaciştilor pentru discutare, şi deciziile adoptate de colegiile judeţene de disciplină ale personalului sanitar şi transmise direcţiilor sanitare judeţene[3]. În unele cazuri dosarele conţineau şi informări întocmite de medicii generalişti de la dispensarele urbane sau comunale, trimise secţiilor de ginecologie ale spitalelor judeţene[4].

Întotdeauna femeile decedate erau considerate vinovate pentru producerea deceselor. Mai întâi erau incriminate de medicii de la dispensare şi de cei de la secţiile de ginecologie ale spitalelor judeţene, iar verdictul asupra culpabilităţii lor era dat de autorităţile medicale de la Direcţia Sanitară Judeţeană şi Colegiul Judeţean de Disciplină a Personalului Sanitar. În toate cazurile de decese materne, medicii de la dispensare raportau faptul că femeile şi-au ascuns sarcina, nefiind luate în evidenţa gravidelor[5]. În foile de observaţie clinică generală de la secţiile de ginecologie ale spitalelor judeţene, la rubrica „istoricul bolii" erau menţionate atât cazurile în care bolnava recunoştea că şi-a declanşat avortul[6], cât şi cele în care pacienta refuza să recunoască provocarea avortului[7]. Direcţiile sanitare judeţene constatau de fiecare dată că decesul s-a produs din vina femeilor şi trimiteau dosarele de decese materne pentru discutare colegiilor medicilor şi farmaciştilor[8]. Colegiile judeţene de disciplină ale personalului sanitar, în toate cazurile de decese prin avorturi ilegale, consemnau faptul că „nu s-au reţinut culpe medicale" şi recomandau „intensificarea muncii de combatere a avorturilor provocate empiric"[9].

Pentru a ilustra cele spuse mai sus, un exemplu este dosarul de deces matern al unei femei în vârstă de 30 de ani, căsătorită, agricultoare la CAP[10]. Toată documentaţia medicală din dosar a fost întocmită pentru a demonstra vinovăţia femeii. În declaraţiile

1. *Ibidem*.
2. *Ibidem*.
3. AMS, fond DAM-OMCT, dosar 8/1983, nenumerotat.
4. AMS, fond DAM-OMCT, dosar 4/1983, nenumerotat.
5. *Ibidem*.
6. *Referat asupra analizei decesului matern Pop Maria*, AMS, fond DAM-OMCT, dosar 6/1983, nenumerotat.
7. AMS, fond DAM-OMCT, dosar 26/1984, nenumerotat.
8. AMS, fond DAM-OMCT, dosar 11/1984, nenumerotat.
9. *Ibidem*.
10. AMS, fond DAM-OMCT, dosar 7/1983, nenumerotat.

transmise secţiei de ginecologie a spitalului judeţean medicul generalist şi moaşa de la dispensarul medical din comună arătau că „decedata şi-a ascuns sarcina, nefigurând în evidenţa registrului de gravide”[1]. În foaia de observaţie clinică generală întocmită de secţia ginecologie-obstetrică a spitalului judeţean, la rubrica „istoricul bolii” era menţionat faptul că „bolnava nu a recunoscut sarcina şi nu a fost luată în evidenţă”[2]. Diagnosticul stabilit era „avort incomplet toxico-septic grav complicat cu insuficienţă hepato-renală, stop respirator şi cardiac”[3]. Pe baza foii de observaţie aflată la secţia de ginecologie a spitalului judeţean, Direcţia Sanitară Judeţeană a alcătuit un referat asupra cazului de deces matern[4]. În referat se preciza că „decedata nu a fost luată în evidenţă ca gravidă din omisiune personală”[5]. Bolnava a fost internată la data de 28 iunie 1983 la secţia ATI a spitalului judeţean cu diagnosticul : sarcină în luna a II-a complicată cu infecţie stadiul III, necroză uterină, insuficienţă hepato-renală, şoc septic[6]. Concluzia Direcţiei Sanitare Judeţene a fost că decesul matern a survenit în urma unui avort complicat cu infecţie produs prin autoprovocare atât prin ingerare, cât şi prin metode mecanice[7]. La finalul referatului, Direcţia Sanitară solicita „intensificarea popularizării pericolelor provocării de avort”[8]. Dosarul decesului matern era înaintat spre discutare Colegiului Medicilor şi Farmaciştilor[9]. În decizia Colegiului Judeţean de Disciplină a Personalului Sanitar se specifica faptul că decesul femeii a survenit ca urmare a unei infecţii grave ce a complicat avortul septic[10]. De asemenea, se menţiona că nu s-a reţinut culpă medicală şi se indica o mai bună şi completă luare în evidenţă a gravidelor[11].

Din cercetarea dosarelor de decese materne din Arhiva Ministerului Sănătăţii se poate observa că majoritatea femeilor decedate în urma avorturilor incomplete (ilegale) erau fie muncitoare, fie casnice sau agricultoare[12]. Statisticile de la Ministerul Sănătăţii se refereau cu preponderenţă la muncitoare, casnice şi agricultoare şi deoarece acestea erau categoriile sociale pe care se baza sistemul comunist. Într-o statistică realizată de Centrul de Calcul şi Statistică Sanitară în anul 1978, după ocupaţia femeilor decedate în urma complicaţiilor sarcinii, naşterii şi lăuziei, structura deceselor materne în 1978 a fost următoarea : muncitoare calificate 29,2%, casnice 25,5%, agricultoare 24,9%[13]. Propaganda contra avortului ilegal se desfăşura cu predilecţie în întreprinderi şi la sate pentru că acolo avea un impact mai mare datorită nivelului scăzut de educaţie şi accesului limitat la informaţie. Datele privind mortalitatea maternă se refereau în special la femeile căsătorite. Conform documentaţiei de arhivă, se înregistrau foarte puţine cazuri de decese materne la femei necăsătorite. Potrivit statisticilor prezentate într-un raport al

1. *Ibidem*.
2. *Ibidem*.
3. *Ibidem*.
4. *Ibidem*.
5. *Ibidem*.
6. *Ibidem*.
7. *Ibidem*.
8. *Ibidem*.
9. *Ibidem*.
10. *Ibidem*.
11. *Ibidem*.
12. AMS, fond DAM-OMCT, dosar 11/1984, nenumerotat.
13. AMS, fond Cabinet 1, dosar 32/1978, f. 4.

Direcţiei Sanitare a municipiului Bucureşti, în anul 1970, 60% dintre decesele materne provocate de întreruperile ilegale de sarcină s-au înregistrat la femeile căsătorite[1]. Conform statisticilor Centrului de Calcul şi Statistică Sanitară din 1978, proporţia cea mai mare o deţineau femeile căsătorite, şi anume 85,5%, în timp ce doar un procent de 13,0% reprezenta femeile necăsătorite[2]. În România socialistă, respectul acordat maternităţii era condiţionat de statutul marital al femeii. Societatea comunistă românească nu accepta relaţiile sexuale extramaritale. Copiilor născuţi dintr-o relaţie extraconjugală li se atribuia încă de la naştere stigmatul copiilor nelegitimi.

În anuarele statistice din anii 1965[3]-1989[4] nu exista un capitol destinat „cauzelor mortalităţii". Creşterea constantă a numărului avorturilor ilegale şi deceselor materne datorate întreruperilor ilegale de sarcină consemnate în intervalul 1966-1989 au constituit o ameninţare pentru realizarea planurilor demografice de creştere a natalităţii ale lui Ceauşescu. În aceste condiţii, populaţia nu trebuia să aibă acces la statisticile cu evoluţia ratei mortalităţii materne din acei ani. Toate informaţiile legate de decesele materne înregistrate în acea perioadă provin din documentele aflate în Arhiva Ministerului Sănătăţii. Începând cu anul 1990, în anuarul statistic a fost introdus un capitol privind „cauzele deceselor"[5].

Pentru a combate incidenţa din ce în ce mai mare a avorturilor ilegale şi legătura acestora cu mortalitatea maternă, în toate rapoartele şi programele de măsuri ale Consiliului Sanitar Superior şi Ministerului Sănătăţii din perioada ceauşistă se recomanda „intensificarea şi diversificarea activităţii de educaţie sanitară"[6]. Conform indicaţiilor Biroului Politic Executiv al CC al PCR, propaganda şi activităţile educative (conferinţe, prezentări de diapozitive şi filme) care ilustrau consecinţele nefaste ale avortului, pericolul acestuia pentru viaţa şi sănătatea femeii, a familiei şi societăţii trebuiau să se desfăşoare în întreprinderile cu un număr mare de femei angajate, în colectivităţile de tineri, muncitori şi la sate[7].

Concluzii

În pofida ofensivei propagandistice, a schimbărilor legislative legate de avort, a distrugerii reţelelor ilegale prin care se realizau întreruperile de sarcină şi a supravegherii stricte a personalului medico-sanitar, numărul de avorturi ilegale a crescut şi mii de decese materne au fost înregistrate pe parcursul intervalului 1966-1989. Restricţionarea severă a practicării întreruperii cursului sarcinii şi inexistenţa opţiunilor contraceptive moderne au făcut inevitabilă creşterea ratei mortalităţii materne ca urmare a întreruperilor efectuate în condiţii lipsite de siguranţă.

Cristina Roman

1. ACD, fond MAN CSMAS, dosar 5/1971, f. 27.
2. AMS, fond Cabinet 1, dosar 32/1978, f. 4.
3. *Anuarul Statistic al RPR, 1965*, Direcţia Centrală de Statistică.
4. *Anuarul Statistic al RSR, 1989*, Direcţia Centrală de Statistică.
5. *Anuarul Statistic al României, 1990*, Comisia Naţională pentru Statistică, pp. 86-87.
6. AMS, fond Cabinet 4, dosar 23/1988, f. 9.
7. AMS, fond Cabinet 4, dosar 32/1987, f. 8.

Capitolul 10

Mortalitatea infantilă din România, 1965-1989

Introducere

Rostul demersului nostru este de a arăta că politica regimului Ceauşescu de creştere forţată a natalităţii a constituit cauza principală a înregistrării unei rate crescute a mortalităţii infantile în România.

Studiul este structurat pe două secţiuni. În prima parte dorim să prezentăm pe de o parte cauzele mortalităţii infantile identificate de Ministerul Sănătăţii, iar pe de altă parte cauzele deceselor infantile prezentate în documente din arhiva postului de radio Europa Liberă de la Open Society Archives din Budapesta şi în studii ale unor reviste de ştiinţe sociale occidentale. Având ca punct de plecare studiile realizate de Ministerul Sănătăţii asupra mortalităţii infantile în perioada '60-'80, în cea de a doua parte a cercetării ne-am propus să realizăm o prezentare a evoluţiei numărului deceselor infantile în anii 1965-1989, o prezentare a componentelor mortalităţii infantile (mortalitatea perinatală, mortalitatea neonatală şi mortalitatea postneonatală), indicând pentru fiecare dintre ele factorii medicali favorizanţi (prematuritatea şi distrofia) şi cauzele patologice (bolile gravidei, ale fătului, ale nou-născutului şi ale sugarului). Datele statistice prezentate în studiul nostru privind mortalitatea infantilă înregistrată în intervalul 1965-1989 s-au bazat pe cifrele oferite de documentele oficiale ale vremii.

Cauzele mortalităţii infantile, 1965-1989

Studiile realizate de Ministerul Sănătăţii asupra mortalităţii infantile din România în anii '67-'68 identificau o serie de cauze ale deceselor infantile înregistrate în acea perioadă, şi anume: deficienţe în dispensarizarea gravidelor şi asistenţa la naştere; deficienţe în activitatea profilactică; depistări tardive ale îmbolnăvirilor la sugari; capacitate de spitalizare redusă în secţiile de pediatrie, nou-născuţi şi prematuri din spitale, ceea ce favoriza aglomerările cu riscul producerii infecţiilor intraspitaliceşti şi externările prea timpurii de prematuri la domiciliu; lipsa de cadre medico-sanitare de specialitate din circumscripţiile sanitare rurale, policlinici, secţiile de pediatrie şi de nou-născuţi din spitale; deficienţe în funcţionalitatea secţiilor de obstetrică-ginecologie, nou-născuţi, prematuri, pediatrie în ceea ce priveşte calitatea asistenţei, reanimarea şi terapia intensivă; dificultăţi în aprovizionarea contiună cu lapte praf; dotarea insuficientă

cu aparatură medicală ; nivel educativ cultural şi sanitar scăzut al unor mame[1] . Cauzele mortalităţii infantile din perioada ’67-’68 (capacitatea de spitalizare redusă în secţiile de pediatrie, nou-născuţi şi prematuri din spitale sau lipsa de cadre medico-sanitare de specialitate din circumscripţiile sanitare rurale, policlinici, secţiile de pediatrie şi de nou-născuţi din spitale) au fost provocate, după cum se preciza şi în studiile Ministerului Sănătăţii, de „natalitatea crescută din acei ani”[2] ca efect al aplicării Decretului natalist nr. 770/1966 privind reglementarea întreruperii sarcinii. Din anii ’70, când indicele de natalitate a început să scadă şi odată cu el şi numărul deceselor infantile s-a micşorat (în raport cu ratele mortalităţii infantile înregistrate în intervalul ’67-’68), în cercetările Ministerului Sănătăţii erau menţionate atât o parte dintre vechile cauze ale mortalităţii infantile, cât şi o serie de cauze noi : neimplicarea întregii reţele sanitare, indiferent de profil, în fenomenele demografice ; actele de indisciplină ale personalului sanitar ; educaţia sanitară ineficientă a mamei ; nesupravegherea diferenţiată a copiilor între 0 şi 1 an în funcţie de problemele medico-sociale ale acestora, nedepistarea la timp a unor afecţiuni pentru începerea în timp util a tratamentului[3].

Pentru înlăturarea acestor cauze, Ministerul Sănătăţii adoptă, începând din anul 1966, în fiecare an programe de măsuri pentru reducerea ratei mortalităţii infantile (îmbunătăţirea activităţii reţelei sanitare de asistenţă medicală a mamei şi copilului, asigurarea unor cantităţi suficiente de lapte praf şi preparate dietetice specifice pentru copii, intensificarea acţiunilor de educaţie sanitară şi creştere a nivelului de răspundere cetăţenească[4]), care au fost completate începând din anii ’70-’80 cu măsuri „de sancţionare a oricăror acte de indisciplină, neimplicare sau deficienţe”[5].

Cauzele care au determinat înregistrarea unui indice crescut al ratei mortalităţii infantile în România comparativ cu alte state din Europa în perioada 1967-1989 au fost generate de aplicarea Decretului nr. 770 de interzicere a avortului, adoptat în 1966. Sociologul occidental Nicholas H. Wright considera în articolul său „Delegalization of abortion in Romania led to increased rates of infant, maternal mortality” că :

> Într-o oarecare măsură, creşterea numărului de născuţi morţi şi a mortalităţii infantile din anii 1967-1968 ar putea fi asociată cu legea restrictivă a avorturilor deoarece marile presiuni de creştere au fost puse pe umerii unui sistem medical deficitar, nepregătit pentru aşa ceva. Creşterea rapidă a numărului de femei însărcinate în perioada ’67-’68 a depăşit capacitatea de îngrijire medicală antenatală şi postnatală, ceea ce a condus la standarde scăzute de îngrijire şi numeroase externări fără îngrijire profesională în afara spitalelor[6].

Câteva numere din anii 1987-1989 ale publicaţiei *Romanian Domestic Bloc* din arhiva Radio Europa Liberă de la Open Society Archives din Budapesta tratau subiectul mortalităţii infantile, prezentând factorii care au determinat o rată crescută a deceselor

1. *Informare privind mortalitatea infantilă pe anul 1968*, AMS, fond Cabinet 1, dosar 41/1969, ff. 1-8.
2. *Ibidem*, f. 7.
3. *Raport cu privire la starea de sănătate a populaţiei*, AMS, fond Cabinet 4, dosar 6/1989, nenumerotat.
4. AMS, fond Cabinet 1, dosar 8/1966, ff. 10-13.
5. *Plan special de măsuri*, AMS, fond Cabinet 4, dosar 6/1989, nenumerotat.
6. Nicholas H. Wright, „Delegalization of abortion in Romania led to increased rates of infant, maternal mortality”, în *International family planing digest*, vol. 1, nr. 2, iunie 1975, p. 12.

infantile din România ceauşistă. În articolul „Visuri şi coşmaruri" din numărul din 2 aprilie 1987 se făcea referire la raportul UNICEF având ca temă „Situaţia copiilor în lume", care a fost transmis şi Comitetului Naţional Român al UNICEF din Bucureşti[1]. Raportul a calculat pentru 130 de ţări (inclusiv România) coeficientul de mortalitate juvenilo-infantilă care reprezenta numărul de copii decedaţi până la vârsta de 5 ani dintr-o mie de nou-născuţi pentru perioada 1970-1984[2]. În funcţie de valoarea coeficientului de mortalitate juvenilo-infantilă, cele 130 de ţări au fost clasificate în patru categorii : cu coeficient de mortalitate juvenilo-infantilă foarte ridicat, ridicat, mijlociu şi scăzut[3]. Conform raportului UNICEF, România era singura ţară din Estul Europei cu coeficient mijlociu[4]. Toate aliatele sale comuniste din Est aveau coeficient redus[5].

Potrivit datelor din raport, România avea cel mai mare număr de copii decedaţi până la vârsta de un an[6]. În ceea ce priveşte explicarea coeficientului de mortalitate juvenilo-infantilă din România, raportul UNICEF desemna doi indicatori, şi anume de sănătate şi de nutriţie[7]. Referitor la indicatorul de sănătate specialiştii UNICEF precizau că : „Bucureştiul nu a furnizat date despre procentul de populaţie care avea acces efectiv la serviciile medicale, limitându-se să afirme că 99% din naşteri se bucură de asistenţa unui personal calificat"[8].

În ceea ce priveşte modul în care indicatorul de nutriţie a influenţat mortalitatea juvenilo-infantilă, în raport se menţiona că, deşi România a avut în 1982-1984 un indice de producţie alimentară pe locuitor cu 19% mai mare decât în 1974-1976, devansând URSS, RDG, Cehoslovacia, aportul zilnic de calorii pe locuitor în procente, faţă de nevoi, a fost în România mai mic decât în toate ţările răsăritene[9]. Potrivit raportului UNICEF, exporturile de bunuri şi servicii ale României destinate să acopere datoriile externe au crescut de la 21,6% în 1970 la 29,8% în 1984, cifre care erau mai mult decât duble faţă de media pe categoria de ţări în care a fost clasificată România[10]. Specialiştii UNICEF considerau că distribuirea producţiei alimentare era una dintre cauzele probabile ale mortalităţii juvenilo-infantile din România[11].

Într-un document al Direcţiei Ocrotirii Mamei, Copilului şi Tineretului din 14 iunie 1971 erau exprimate o serie de observaţii asupra proiectului *Programul de dezvoltare a industriei alimentare din RSR România pentru perioada 1971-1975* trimis spre avizare de către Consiliul de Miniştri[12]. În document se preciza că :

1. OSA 205-4-70, Records of the Open Media, Research Institute, Information Services Departamnet, Romanian Subject Files 1947-1997, Box 234, Social Issues/Children/UNICEF/Statistics, 1979.01-1989.06, p. 1.
2. *Ibidem*.
3. *Ibidem*.
4. *Ibidem*.
5. *Ibidem*.
6. *Ibidem*.
7. *Ibidem*, p. 2.
8. *Ibidem*.
9. *Ibidem*, p. 3.
10. *Ibidem*, p. 4.
11. *Ibidem*, p. 3.
12. *Programul de dezvoltare a industriei alimentare din RSR pentru perioada 1971-1975*, AMS, fond Cabinet 1, dosar 2/1971, f. 1.

Alimentaţia, în general, atât pentru grupa de vârstă 0-18 ani, cât şi pentru femeile gravide şi care alăptează, este dezechilibrată în ţara noastră. Se înregistrează la toate grupele de vârstă un consum redus de lapte (în produse dietetice), brânzeturi (parte brânză de vaci), carne (parte carne slabă – vită, găină, peşte de râu), legume şi fructe în tot cursul anului (unele pregătite şi sub formă dietetică pentru grupele de vârstă mică). Unele dintre produsele alimentare de bază pentru grupa de vârstă 0-1 an sunt ineficient transformate dietetic şi prezintă şi deficienţe de ordin bacteriologic, ceea ce face să crească anormal morbiditatea prin boli digestive şi de nutriţie atât acute (salmoneloze, dizenterie), cât şi cronice (distrofie, anemie alimentară, rahitism la sugari)[1].

Într-un studiu al Centrului de Calcul şi Asistenţă Sanitară realizat în 1972 asupra „deceselor sub 1 an din 1970" se arăta că distrofia era un factor favorizant important al morbidităţii şi mortalităţii infantile din cauza scăderii rezistenţei sugarilor distrofici la infecţii[2]. Potrivit cifrelor statistice din Studiile asupra Deceselor Infantile şi din buletinele statistice sanitare, distrofia contribuia de la an la an la creşterea numărului total al decedaţilor sub un an[3] (vezi tabelul 10).

Tabelul 10. *Evoluţia numărului deceselor de distrofici sub 1 an în perioada 1968-1972*

Distrofici % din totalul decedaţi sub 1 an	1968	1969	1970	1971	1972
	23,9	24,4	28,5	30,9	31,5

Sursă: Arhiva Ministerului Sănătăţii, fond Cabinet 1, dosare 144/1972, 67/1972, 111/1973.

În acelaşi studiu se specifica, după modul cum au fost alimentaţi, că în 1970 ponderea cea mai mare o constituiau distroficii alimentaţi artificial (58,7%)[4]. După principalele cauze de deces, cea mai mare pondere de decedaţi distrofici se constata în 1970 la bolile aparatului digestiv (55,8%) şi la bolile infecţioase şi parazitare (53,2%)[5]. O treime din decedaţii distrofici din anul 1970 erau prematuri (30,6%)[6].

În afara cauzelor medicale şi a celor legate de nutriţie, care au provocat un număr mare de decese infantile în perioada 1967-1989, un factor determinant în creşterea ratei mortalităţii infantile a fost şi nivelul foarte scăzut de trai din România anilor '80. În numele autodeterminării naţionale, în 1984, Ceauşescu a decis achitarea anticipată a datoriei externe restante a României cu preţul sacrificării calităţii vieţii. Astfel, producţia a fost dirijată către export. Începând din '84, populaţia a îndurat iernile în condiţiile limitării căldurii şi electricităţii, iar principalele alimente au fost raţionalizate. Laptele nu se găsea întotdeauna. Ziarul vest-german *Suddeutsche Zeitung* scria în 11 iunie 1985

1. *Ibidem*.
2. AMS, fond Cabinet 1, dosar 144/1972, f. 87.
3. *Ibidem*.
4. *Ibidem*, f. 89.
5. *Ibidem*, f. 90.
6. *Ibidem*.

despre condiţiile din maternităţile din România : „Lipsa de energie a fost iarna trecută aşa de mare, încât incubatoarele pentru nou-născuţi s-au oprit din funcţiune. Rata mortalităţii a crescut de la 18 la 63 la mia de nou-născuţi”[1]. De situaţia mamelor şi a nou-născuţilor se ocupa la 9 martie 1988 ziarul austriac *Kurrier*, care scria că : „Deosebit de rău se prezintă asistenţa medicală pentru gravide şi nou-născuţi. Lipseşte hrana specială pentru nou-născuţi, lipseşte laptele, lipsesc legumele. Rata mortalităţii este ridicată în rândul copiilor”[2].

La 5 ianuarie 1989 publicaţia *Romanian Domestic Bloc* din Arhiva Radio Europa Liberă de la Open Society Archives din Budapesta dădea publicităţii o scrisoare a unei mame primită la redacţie în 1985[3]. În scrisoare, respectiva mamă făcea referire la cauzele mortalităţii infantile din România : „lipsa de proteine din alimentaţie şi a altor substanţe necesare dezvoltării normale a copilului, asistenţa medicală nesatisfăcătoare a copiilor. Sunt dispensare unde un singur medic consultă 40-50 de copii, iar obţinerea unui bon de consultaţie se face stând la coadă de la 3-4 noaptea. Spitalele a căror igienă lasă de dorit sunt pline de copii care stau şi câte doi în pat”[4].

Mortalitatea infantilă din România ceauşistă

Mortalitatea perinatală

Conform studiului „Decesele perinatale în RS România din 1970” realizat de Centrul de Calcul şi Statistică Sanitară din Ministerul Sănătăţii, mortalitatea perinatală cuprinde decesele fetale târzii, adică născuţii morţi (mortinatalitatea) şi decesele precoce ale născuţilor vii (0-6 zile), adică mortalitatea neonatală precoce[5]. În studiu se arăta că în anul 1970 mortalitatea perinatală a înregistrat o scădere faţă de cei trei ani anteriori (32,4‰ în 1967, 31,5‰ în 1968, 27,6‰ în 1969, 24,5‰ în 1970)[6]. Potrivit datelor statistice publicate de Centrul de Calcul şi Statistică Sanitară, mortinatalitatea a scăzut de la 15,0‰ în 1969 la 13,4‰ în 1970, iar mortalitatea precoce a scăzut de la 12,6‰, în 1969, la 11,1‰, în 1970[7]. În studiu se specifica faptul că pe plan european România se situa printre ţările cu un nivel mediu al mortalităţii perinatale[8]. Potrivit informaţiilor furnizate de către Centrul de Calcul şi Statistică Sanitară, cele două componente ale mortalităţii perinatale, mortinatalitatea şi mortalitatea precoce, erau determinate de cauze diferite de deces[9]. Astfel, mortinatalitatea putea fi determinată de anomalii ale placentei şi cordonului, de boli anoxemice şi hipoxemice, de anomalii congenitale, afecţiuni

1. OSA 205-4-70, Records of the Open Media, Research Institute, Information Services Departamnet Romanian Subject Files 1947-1997, Box 234, Social Issues/Children/UNICEF/Infant mortality, 1985.03-1992.06, p. 5.
2. *Ibidem*.
3. *Ibidem*, p. 3.
4. *Ibidem*, p. 4.
5. *Studiul deceselor perinatale*, AMS, fond Cabinet 1, dosar 147/1971, f. 2.
6. *Ibidem*, f. 71.
7. *Ibidem*.
8. *Ibidem*.
9. *Ibidem*, f. 72.

gravidice ale mamei[1]. În cazul decedaţilor precoce majoritatea cauzelor de deces au fost constituite de boli anoxemice[2] şi hipoxemice[3], de distocii[4], de anomalii congenitale, de leziuni de origine obstetricală, de alte boli ale fătului şi nou-născutului[5]. În studiul Centrului de Calcul şi Statistică Sanitară erau enumeraţi o serie de factori care influenţau decesele perinatale. După vârsta mamei se constata un risc crescut al deceselor la femeia peste 35 de ani, după ocupaţia mamei se remarca o pondere mai mare a deceselor perinatale la mamele casnice din mediul rural, după ştiinţa de carte a mamei se înregistra o pondere mare la mamele cu şcoala elementară terminată, cât şi la mamele cu şcoala elementară neterminată, majoritatea provenind din mediul rural[6]. După mediul de proveniență al mamelor se remarca faptul că intensitatea mortalităţii perinatale era mai mare în municipii şi oraşe (19,7‰) decât în comune (18,0‰)[7]. Autorităţile din Ministerul Sănătăţii considerau că numărul mare de decese perinatale înregistrate în oraşe se datora frecvenţei avorturilor din anii precedenţi, solicitărilor crescânde impuse de ritmul vieţii urbane, imaturităţii etc.[8]. Nu se pierdea nicio ocazie de condamnare a avorturilor.

În cadrul studiului Centrului de Calcul şi Statistică Sanitară se menţiona faptul că un factor important care favoriza producerea numărului mare de decese perinatale era greutatea la naştere[9]. Datele prezentate în cadrul studiului arătau că : mortinatalitatea după greutatea la naştere era de aproximativ 30 de ori mai mare la născuţii morţi cu greutatea sub 1.500 de grame faţă de cei din grupa peste 2.500 de grame, iar mortalitatea precoce privind grupa de greutate sub 2.500 de grame era de aproximativ 33 de ori mai mare decât a celor din grupa peste 2.500 de grame[10]. Conform datelor publicate de Centrul de Calcul şi Statistică Sanitară, mortalitatea prematurilor în anul 1970 era de circa zece ori mai mare decât aceea a copiilor născuţi la termen[11].

În condiţiile în care, conform datelor oferite de Centrul de Calcul şi Statistică Sanitară, un rol important în determinarea deceselor perinatale îl aveau „nedispensarizarea gravidelor şi diferitele intervenţii în scopul de a întrerupe sarcina”, era de aşteptat ca Ministerul Sănătăţii să creeze o legătură strânsă între campania privind reducerea drastică a avorturilor şi cea dusă pentru reducerea mortalităţii perinatale. Astfel, printre măsurile propuse de Ministerul Sănătăţii pentru reducerea mortalităţii perinatale se numărau „luarea în evidenţă şi dispensarizarea gravidei corect desfăşurate”[12]. Autorităţile din

1. *Ibidem*.
2. Anoxemia este o tulburare patologică provocată de scăderea sub valorile normale a oxigenului din ţesuturile organismului, de diminuarea circulaţiei sangvine – *Dicţionarul Explicativ al Limbii Române*, Editura Enciclopedică, Bucureşti, 2007.
3. Hipoxemia este o tulburare patologică provocată de scăderea presiunii şi a cantităţii de oxigen din sângele arterial, în *Dicţionarul Explicativ al Limbii Române*, Editura Enciclopedică, Bucureşti, 2007.
4. Distocia reprezintă ansamblul dificultăţilor care survin în timpul naşterii, în *Dicţionarul Medical* online, http : //dicţionar.romedic.ro.
5. *Ibidem*.
6. *Ibidem*, f. 74.
7. *Ibidem*, ff. 72-73.
8. *Ibidem*, f. 74.
9. *Ibidem*.
10. *Ibidem*.
11. *Ibidem*, f. 4.
12. *Ibidem*, f. 11.

Ministerul Sănătăţii au încercat tot timpul să prezinte date statistice privind scăderea permanentă a mortalităţii perinatale astfel încât să se arate eficienţa campaniilor de propagandă antiavort. În studiul realizat de Centrul de Calcul şi Statistică Sanitară cifrele statistice privind mortinatalitatea şi mortalitatea precoce arătau o scădere a acestora în perioada 1938-1970 (vezi tabelul 11).

Tabelul 11. *Mortalitatea perinatală cu cele două componente ale sale : mortinataliatea şi mortalitatea precoce – perioada 1938-1970*

Anul	**Mortinatalitatea (la ‰ de născuţi vii)**	**Mortalitatea precoce (la ‰ de născuţi vii)**
1938	24,8	34,7
1948	26,9	33,3
1957	17,2	11,4
1958	17,2	10,6
1959	17,1	9,8
1960	16,1	8,8
1961	16,2	8,7
1962	15,9	8,6
1963	15,6	8,0
1964	15,2	6,8
1965	14,5	6,2
1966	14,9	7,0
1967	18,3	14,1
1968	16,4	15,1
1969	15,0	12,6
1970	13,4	11,1

Sursă : Arhiva Ministerului Sănătăţii, fond Cabinet 1, dosar 147/1971.

Într-o statistică a mortalităţii infantile din Europa, prezentată într-un alt studiu realizat de Centrul de Calcul şi Statistică Sanitară din Ministerul Sănătăţii asupra „deceselor sub 1 an din anul 1970", se preciza că : „În raport cu evoluţia mortalităţii infantile din ultimii zece ani şi cu nivelul atins în 1970 se pot stabili în Europa trei categorii de ţări"[1]. Din prima categorie făceau parte ţări ca Finlanda, Olanda, Norvegia, Danemarca, Anglia, R.D. Germania, care în anul 1970 au înregistrat indicatori sub 20‰[2]. Acestea erau state unde în perioada 1960-1970 se remarca o scădere accentuată a indicilor de mortalitate infantilă. În Danemarca rata mortalităţii infantile a scăzut în 9 ani cu 33%, iar în Finlanda în 10 ani cu 41%[3]. În studiu se menţiona faptul că la această grupă de ţări au scăzut în special ratele mortalităţii neonatale şi postneonatale şi într-o mică măsură rata mortalităţii precoce, care reprezenta în 1970 2/3 din mortalitatea infantilă[4]. În cea de a

1. AMS, fond Cabinet 1, dosar 144/1972, f. 3.
2. *Ibidem*.
3. *Ibidem*.
4. *Ibidem*.

doua grupă de ţări erau incluse Austria, Belgia, Cehoslovacia, R.F. Germania, Italia, Spania şi URSS[1]. În anul 1970 la această categorie de ţări au fost înregistraţi indici ai mortalităţii infantile de 20‰-30‰[2]. Conform studiului, în aceste state ponderea mortalităţii postneonatale a scăzut considerabil, în timp ce ponderea mortalităţii neonatale şi în special a celei precoce au crescut în 1970[3]. O a treia categorie de ţări o reprezentau statele cu mortalitate infantilă de peste 30‰[4]. Potrivit datelor din studiul Centrului de Calcul şi Statistică Sanitară din Ministerul Sănătăţii, pe primele locuri la rata mortalităţii infantile se aflau Albania, Portugalia şi Iugoslavia, urmate de România, Ungaria şi Polonia[5]. Ceea ce caracteriza aceste state era faptul că în structura mortalităţii infantile indicele mortalităţii postneonatale era crescut în raport cu cel al mortalităţii precoce[6].

Mortalitatea neonatală

Mortalitatea neonatală cuprinde decesele înregistrate în perioada 0-29 de zile de la naştere[7]. În cadrul studiului realizat în anul 1972 de Centrul de Calcul şi Statistică Sanitară din Ministerul Sănătăţii „asupra deceselor sub un an înregistrate în anul 1970" se menţiona faptul că evoluţia mortalităţii neonatale din România din ultimii zece ani a înscris o scădere ritmică până în anul 1965, fiind urmată de o creştere accentuată în perioada 1967-1968[8]. Începând cu anul 1969, mortalitatea neonatală a scăzut, influenţând dinamica mortalităţii infantile[9]. Pe plan european, Ministerul Sănătăţii considera că la mortalitate neonatală România se situa printre ţările cu un nivel mediu[10]. În studiul realizat de Centrul de Calcul şi Statistică Sanitară se preciza faptul că pe medii mortalitatea neonatală era mai mare în urban (19,5‰) decât în rural (18,0‰), acest indice fiind influenţat de numărul mare al decedaţilor prematuri cu o pondere mai mare în urban[11]. Conform informaţiilor din studiu, una dintre principalele cauze ale mortalităţii neonatale era prematuritatea[12]. Oficialii din Ministerul Sănătăţii recunoşteau în cadrul studiului menţionat că o creştere accentuată a natalităţii începând cu anii 1967-1968 ca urmare a punerii în aplicare a Decretului nr. 770/1966 antiavort a determinat înregistrarea unui număr mare de născuţi prematuri. Structura decedaţilor prematuri din prima lună de viaţă arăta că din totalul acestora cei mai mulţi au avut greutatea între 1.500 şi 1.999 de grame (25,0%), urmând cei cu greutatea cuprinsă între 2.000 şi 2.499 de grame (18,3%) şi între 1.000 şi 1.499 de grame (16,3%)[13]. Alte cauze medicale care determinau

1. *Ibidem*.
2. *Ibidem*, f. 5.
3. *Ibidem*, ff. 5, 7.
4. *Ibidem*, f. 7.
5. *Ibidem*.
6. *Ibidem*.
7. *Ibidem*, f. 47.
8. *Ibidem*.
9. *Ibidem*.
10. *Ibidem*.
11. *Ibidem*, f. 49.
12. *Ibidem*, f. 51.
13. *Ibidem*.

decesele neonatale enumerate în studiu erau : cauzele morbidităţii şi mortalităţii perinatale, bolile aparatului respirator, anomaliile congenitale[1]. În studiu au fost prezentaţi o serie de factori care au influenţat producerea deceselor sub o lună. După principalele ocupaţii ale mamelor, decesele din perioada 0-29 zile au înregistrat o proporţie mai mare la mamele care nu erau încadrate în câmpul muncii (42,2%)[2]. După asistenţa acordată de cadrele medico-sanitare, s-a constatat un număr mare de copii neconsultaţi de niciun cadru sanitar pentru afecţiunea care a dus la deces[3]. După locul unde au decedat, s-a înregistrat un număr mare de decedaţi din perioada 0-29 zile în unităţi sanitare (82,0%)[4]. Cauzele reale ale mortalităţii neonatale care nu erau făcute publice de Ministerul Sănătăţii erau : lipsa unei hrane adecvate pentru gravide, condiţiile precare de asistenţă medicală din maternităţi şi case de naşteri, lipsa cadrelor medicale.

Mortalitatea postneonatală

Mortalitatea postneonatală cuprinde decedaţii înregistraţi în perioada 1-11 luni de la naştere[5]. Conform datelor statistice oferite de studiul realizat în 1972 de Centrul de Calcul şi Statistică Sanitară „asupra deceselor sub 1 an din 1970", „Evoluţia mortalităţii postneonatale înregistrată în România în perioada 1960-1970 indica o scădere accentuată pentru perioada 1960-1965, după care creştea uşor în 1966, în 1967 înregistra cel mai scăzut indice, iar în 1968 creştea cu o dată şi jumătate decât cea din anul 1967. În următorii ani 1969-1970 mortalitatea postneonatală a înregistrat scăderi care au influenţat simultan scăderea mortalităţii infantile"[6].

Potrivit informaţiilor din studiul Centrului de Calcul şi Statistică Sanitară, pe plan european, România era situată printre ţările cu indici crescuţi[7]. Datele statistice din documentele din Arhiva Ministerului Sănătăţii arătau că mortalitatea postneonatală era mai ridicată în anul 1970 în mediul rural (33,1‰) comparativ cu mediul urban (25,8‰)[8]. Diferenţa dintre numărul de decese postneonatale mare înregistrat la sat faţă de oraş era explicată de autorităţi prin deosebirile existente între oraş şi sat în privinţa factorilor economici, culturali şi sanitari[9]. Într-un studiu realizat de Direcţia Centrală de Statistică asupra mortalităţii generale şi infantile înregistrate în 1970 se preciza că mortalitatea postneonatală era determinată în general de factori exogeni ca : nivelul cultural-sanitar (aproape jumătate din mamele copiilor decedaţi nu aveau şcoala elementară terminată), regimul alimentar (o treime din cei decedaţi au fost alimentaţi incorect), lipsa laptelui praf în anumite perioade, condiţiile de igienă etc.[10].

1. *Ibidem*, f. 54.
2. *Ibidem*, f. 57.
3. *Ibidem*, f. 58.
4. *Ibidem*, f. 55.
5. *Ibidem*, f. 59.
6. *Ibidem*.
7. *Ibidem*.
8. *Ibidem*, f. 60.
9. AMS, fond Cabinet 1, dosar 1/1971, nenumerotat.
10. *Ibidem*.

În anuarele statistice din anii 1987-1988, capitolul referitor la „decedaţii sub vârsta de 1 an" a fost scos. Creşterea numărului de decese sub un an la anumite grupe de vârstă consemnate în perioada 1987-1988 a constituit o ameninţare pentru realizarea planurilor demografice de creştere a natalităţii ale lui Ceauşescu. În aceste condiţii populaţia nu trebuia să aibă acces la statisticile privind evoluţia numărului deceselor sub un an din acei ani. Acest capitol a fost reintrodus în Anuarul Statistic din 1990[1] (vezi tabelul 12).

Tabelul 12. *Evoluţia numărului de decese sub un an în anii 1960, 1970, 1980, 1985, 1988, 1989*

Grupa de vârstă	**1960**	**1970**	**1980**	**1985**	**1988**	**1989**
Sub 7 zile	3.096	4.726	2.541	1.677	1.564	1.384
7-13 zile	1.893	1.351	761	487	500	458
14-29zile	2.467	1.894	1.145	853	855	831
1 lună	3.615	2.821	1.663	1.442	1.504	1.510
2 luni	3.445	2.461	1.445	1.290	1.393	1.410
3-4 luni	5.333	3.739	2.085	1.780	1.890	2.128
5-6 luni	3.094	1.977	958	835	926	1.096
7-8 luni	1.924	1.069	581	441	490	622
9-11 luni	1.813	1.072	512	386	521	501

Sursă : *Anuarul Statistic al României 1990*, Comisia Naţională de Statistică.

Evoluţia ratei mortalităţii infantile în România în perioada 1965-1989 a fost în general crescută în raport cu alte state europene.

Cristina Roman

1. *Anuarul Statistic al României 1990*, Comisia Naţională de Statistică, p. 85.

Capitolul 11

Abandon familial. Ocrotire. Distrofici

Încă din luna ianuarie 1990, România şi opinia publică din întreaga lume descopereau unul dintre efectele politicii demografice duse de regimul Ceauşescu, şi anume, soarta copiilor abandonaţi de familii şi lăsaţi în grija „preaiubitului conducător". Pentru opinia publică internaţională, imaginea lui Nicolae Ceauşescu a fost şi va rămâne legată de imaginile a mii de copii supuşi unui proces lent de exterminare tocmai în instituţiile de „ocrotire" ale statului comunist român. Reporteri şi organizaţii caritabile au ajuns la acel moment în România pentru a arăta lumii întregi imaginea terifiantă a celor asistaţi în leagăne de copii, orfelinate, cămine-spital. România a devenit în nici câteva luni ţara în care cei slabi, prezentând diferite handicapuri fizice sau psihice, congenitale sau dobândite, erau lăsaţi să se stingă în condiţii greu de imaginat pentru o ţară europeană la sfârşit de secol XX. Recuperabilii erau trimişi în şcoli-cămin pentru a deprinde diferitele meserii şi a contribui la construirea „viitorului luminos". Toţi erau însă potenţiale victime ale malnutriţiei, frigului, diferitelor afecţiuni cu potenţial infecţios ridicat.

Care au fost cauzele transformării unui sistem de protecţie socială într-o maşinărie de măcinat vieţi? Care au fost motivele degradării activităţii unor instituţii de stat? Ce amploare a căpătat abandonul familial şi care au fost cauzele sale principale? Acestea sunt doar câteva dintre întrebările la care dorim să răspundem în paginile care urmează. Pentru a obţine o imagine cât mai complexă, vom analiza cadrul legislativ care reglementa protecţia minorilor în afara familiei şi instituţiile în cadrul cărora se realiza această protecţie (caracteristici, număr, condiţii oferite). În al doilea rând vom încerca să stabilim o cifră cât mai exactă a copiilor căzuţi victime abandonului familial, mediile de provenienţă, parcursul acestora în cadrul sistemului. Nu în ultimul rând vom prezenta şi consecinţele pe care lipsa de funcţionalitate a sistemului le-a avut asupra celor ce i-au trecut pragul din postura de asistaţi (mortalitate infantilă, deficienţe fizice şi psihice, maladii infecţioase).

Un punct aparte în studiul de faţă îl va constitui prezentarea unei categorii de bolnavi care s-a născut şi a dispărut odată cu regimul comunist, copiii distrofici. Aflaţi *de jure* sub tutela familiei, aceşti copii erau *de facto* în grija diferitelor spitale, în cadrul unor secţii ce le erau destinate. Deşi scopul acestei instituţionalizări în mare parte forţată era tocmai însănătoşirea micului pacient prin combaterea unicei deficienţe, şi anume cea nutriţională, realitatea a infirmat de cele mai multe ori buna intenţie, conducând la permanentizarea măsurii de protecţie şi nu în puţine cazuri chiar la deces. Încercarea de înlăturare a unui handicap transforma această categorie de bolnavi într-un rezervor important al leagănelor de copii şi al căminelor-spital. Dacă nu îngroşau statistica

mortalităţii infantile, şansele de recuperare pentru aceşti copii erau aproape nule, spitalizarea îndelungată ducând la dobândirea altor deficienţe, atât de natură fizică, cât şi psihică. Vom urmări o definire cât mai corectă a termenului, amploarea pe care acest fenomen a căpătat-o în timpul regimului Ceauşescu, cauzele şi măsurile luate pentru combaterea deficienţei, gradul lor de (ne)reuşită.

Cadrul legislativ

Actul normativ care a reglementat în intervalul 1970-1989 ocrotirea de către stat a anumitor categorii de minori a fost Legea nr. 3/1970, publicată în *Buletinul Oficial al RSR*, nr. 28, din 28 martie 1970. Potrivit acestui document, în grija statului intrau patru categorii principale de minori : minorii ai căror părinţi erau decedaţi, necunoscuţi sau în orice altă situaţie care duce la instituirea tutelei dacă nu deţineau bunuri sau alte mijloace proprii, nu existau persoane care fuseseră obligate sau care puteau fi obligate să-i întreţină ; minorii care, fiind deficienţi, aveau nevoie de o îngrijire specială ce nu le putea fi asigurată în familie ; minorii a căror dezvoltare fizică, morală sau intelectuală ori a căror sănătate era primejduită în familie ; minorii care au săvârşit fapte prevăzute de legea penală, dar nu răspundeau penal sau erau expuşi să săvârşească astfel de fapte ori ale căror purtări contribuiau la răspândirea de vicii sau deprinderi imorale în rândul altor minori[1].

Măsurile de ocrotire prevăzute de lege difereau în funcţie de categoria din care minorul făcea parte. Pentru primele două categorii, se prevedea posibilitatea plasamentului familial. Familia sau persoana care primea un minor în plasament familial trebuia să-i asigure acestuia întreţinerea, precum şi celelalte condiţii necesare creşterii şi educării sale, potrivit celor hotărâte de părinte sau tutore. În schimbul acestor servicii, era îndreptăţită la o alocaţie de întreţinere a minorului. Dacă plasamentul familial nu era posibil, minorul putea fi încredinţat unei familii ori unei persoane cu consimţământul acesteia. Familia sau persoana căreia îi era încredinţat minorul avea faţă de acesta drepturile şi îndatoririle ce reveneau potrivit legii părinţilor şi beneficiau de alocaţia care se acorda în cazul plasamentului familial[2].

Dacă aceste prime două măsuri de ocrotire nu se puteau pune în aplicare, minorul era încredinţat, după caz, următoarelor instituţii de ocrotire : leagăne pentru copii în vârstă de până la 3 ani, case de copii pentru preşcolari şi şcolari, grădiniţe, şcoli generale şi licee de cultură generală pentru deficienţii recuperabili, şcoli profesionale şi licee de specialitate pentru deficienţi recuperabili, cămine-şcoală şi cămine-atelier pentru deficienţi, parţial recuperabili, cămine pentru deficienţi nerecuperabili. Instituţiile menţionate funcţionau în subordinea a trei ministere diferite. Leagănele pentru copii şi căminele pentru deficienţi nerecuperabili se găseau în subordonarea Ministerului Sănătăţii, casele de copii pentru preşcolari şi şcolari, cât şi instituţiile de învăţământ general pentru copii parţial recuperabili se găseau în coordonarea Ministerului Învăţământului. Şcolile profesionale, liceele tehnice şi căminele-şcoală/atelier pentru copii recuperabili şi parţial recuperabili se aflau în subordinea Ministerului Muncii. Cu excepţia minorilor internaţi în cămine

1. Legea nr. 3/1970 privind regimul ocrotirii unor categorii de minori, în *Buletinul Oficial al RSR*, nr. 28, din 28 martie 1970.
2. *Ibidem*.

pentru deficienţi irecuperabili, măsurile de protecţie, dacă nu se revenea asupra deciziei de ocrotire, se menţineau până la absolvirea învăţământului obligatoriu. La nivel local, aceste instituţii erau subordonate comitetelor executive ale consiliilor populare judeţene ori al municipiului Bucureşti. Dacă minorul alegea să-şi continue studiile, cu acordul său, putea rămâne în familia sau instituţia căreia i-a fost încredinţat. Internarea minorului într-un cămin pentru deficienţi nerecuperabili se menţinea până la vârsta majoratului[1].

În cazul minorilor care au săvârşit fapte prevăzute de legea penală, dar nu răspundeau penal sau erau expuşi să săvârşească asemenea fapte ori ale căror purtări contribuie la răspândirea de vicii sau deprinderi imorale în rândul altor minori, erau prevăzute două măsuri principale : supravegherea deosebită sau internarea într-o şcoală specială de reeducare care funcţiona în subordinea Ministerului Muncii. Această măsură era luată numai pentru minorii cu vârsta de peste 10 ani în cazul în care se aprecia că măsura supravegherii deosebite nu ar fi fost eficientă. Măsura internării într-o şcoală specială de reeducare nu putea fi dispusă pentru minorii deficienţi, aceştia urmând a fi încredinţaţi instituţiilor de ocrotire corespunzătoare[2].

Diferitele măsuri de ocrotire a minorului erau luate de către o comisie organizată pe lângă comitetele executive ale consiliilor populare judeţene şi al municipiului Bucureşti. În competenţa acestor comisii intra instituirea unei măsuri de ocrotire, excepţie făcând plasamentul familial, şi urmărirea ulterioară a dezvoltării minorului faţă de care s-a instituit o astfel de măsură. Comisia de ocrotire a minorilor era compusă din : secretarul Consiliului Popular Judeţean, care exercita şi funcţia de preşedinte, câte un delegat din partea Direcţiei pentru Probleme de Muncă şi Ocrotiri Sociale, inspectoratului şcolar, Direcţiei Sanitare, Direcţiei pentru Administraţia Locală de Stat, inspectoratului de miliţie, organelor judeţene sau municipiului Bucureşti, ale sindicatelor, Uniunea Tineretului Muncitoresc şi organizaţiei de femei, precum şi doi părinţi cunoscuţi pentru grija dovedită în creşterea propriilor copii. Aceste comisii soluţionau cauzele din localităţile aflate în raza teritorială de competenţă. Termenul pentru soluţionarea unei sesizări era de cel mult 30 de zile. Hotărârile comisiei aveau titlu executoriu, iar rezoluţia era făcută cunoscută tuturor părţilor implicate : părintelui sau tutorelui, familiei sau persoanei căreia minorul i-a fost încredinţat, instituţiei de ocrotire, procurorului şi autorităţii tutelare, precum şi minorului, dacă acesta împlinise 14 ani[3].

Pentru îndrumarea şi coordonarea activităţii comisiilor de ocrotire a minorilor s-a instituit o comisie centrală care funcţiona în cadrul Ministerului Muncii. Comisia centrală era compusă dintr-un adjunct al ministrului Muncii, ca preşedinte, din specialişti delegaţi de Ministerul Sănătăţii, Ministerul Afacerilor Interne, Ministerul Învăţământului, Ministerul Justiţiei, Comitetul de Stat pentru Economia şi Administraţia Locală, Procuratura Generală, UGSR, UTC, Consiliul Naţional al Femeilor şi Consiliul Naţional al Organizaţiei Pionierilor, precum şi din alţi specialişti[4].

Legea mai prevedea ca bugetul statului să acopere în totalitate cheltuielile necesare pentru ocrotirea minorilor în instituţii de ocrotire, precum şi plata alocaţiei de întreţinere a minorilor. Baremurile de dotare a instituţiilor de ocrotire, precum şi cele de echipament

1. *Ibidem*.
2. *Ibidem*.
3. *Ibidem*.
4. *Ibidem*.

pentru minorii internaţi în aceste instituţii, se stabileau de către cele trei ministere ce le aveau în subordonare cu acordul Ministerului Finanţelor. Cu toate acestea, aparţinătorii legali ai minorului care intra în sistemul de ocrotire al statului erau obligaţi să verse lunar statului o contribuţie pe toată perioada cât dura măsura de ocrotire. Un sistem de coplată era instituit şi în cazul minorului care beneficia de anumite venituri. În acest caz, el suporta cheltuielile necesare asigurării ocrotirii sale[1].

Numărul minorilor asistaţi în instituţiile de ocrotire ale statului

După căderea regimului Ceauşescu, atât presa internaţională, cât şi diferitele organizaţii caritabile au tras un semnal de alarmă adresat lumii întregi cu privire la numărul mare de copii abandonaţi şi aflaţi în grija instituţiilor de ocrotire ale statului. Cifrele au fost stabilite în cele mai multe cazuri plecându-se de la situaţia prezentă la începutul anilor ’90, mai precis între 1990 şi 1994. În funcţie de sursa folosită, datele prezintă variaţii semnificative. În ziarul *Los Angeles Times* din 10 decembrie 1990, jurnalista Carol J. Williams aprecia numărul copiilor abandonaţi din România la 200.000[2]. În aceeaşi perioadă, autorităţile române dădeau ca cifră aproximativă 60.000 de copii aflaţi în îngrijirea statului[3]. Cunoscutul program de televiziune *20/20* al postului american *ABC News*, în ediţia din 5 octombrie 1990, a difuzat un material filmat în cămine-spital care găzduiau persoane cu deficienţe, în mare parte „irecuperabili”. Cu această ocazie, jurnalişti americani, invocând surse credibile, estimau la 40.000 doar numărul copiilor prezentând diferite handicapuri şi abandonaţi de familie în diferitele instituţii ale statului[4], în timp ce alte echipe de jurnalişti care au vizitat cămine-spital precum cele de la Cighid sau Plătăreşti nu apreciau la mai mult de 25.000 cifra minorilor abandonaţi[5]. Gail Kligman, în *Politica duplicităţii. Controlul reproducerii în România lui Ceauşescu*, reia aproximarea de 100.000 de minori abandonaţi, cifră prezentată în presa internaţională. Istoricul american prezintă şi o cifră furnizată de reprezentanţi oficiali români, 158.078 de copii instituţionalizaţi în anul 1993[6]. În volum se face totuşi precizarea că această cifră, valabilă la trei ani după căderea regimului comunist, se suprapune pe o evoluţie sinusoidală a abandonului. Imediat după decembrie 1989, concomitent cu liberalizarea avorturilor, numărul copiilor lăsaţi în grija statului a scăzut semnificativ, autorităţi ale statului implicate în protecţia copilului susţinând că reducerea a fost de aproximativ 50% comparativ cu anul 1989[7]. Schimbarea nu a fost însă de durată. Deprecierea rapidă a calităţii vieţii,

1. *Ibidem.*
2. Open Society Archives (în continuare OSA), fond Records of Radio Free Europe/Radio Liberty Research Institute (RFE/RL RI – 300), sub fond Romanian Unit (60), seria Subject Files (1), cutia 665, dosarul Population – Children 1984-1991.
3. *Ibidem*.
4. *Ibidem*.
5. *Ibidem*.
6. Gail Kligman, *Politica duplicităţii. Controlul reproducerii în România lui Ceauşescu*, Humanitas, Bucureşti, 2000, p. 247.
7. HU OSA 300-60-1, fond Records of Radio Free Europe/Radio Liberty Research Institute (RFE/RL RI), subfond Romanian Unit, seria Subject Files, cutia 665, dosarul Population – Children 1984-1991.

consecinţă a prăbuşirii economice şi a trendului ascendent al ratei şomajului, a condus rapid la o nouă creştere a cifrei copiilor instituţionalizaţi[1]. Datorită acestei evoluţii, considerăm ca hazardată o eventuală comparaţie cu situaţia prezentă la sfârşitul anului 1989.

Pentru o aproximare cât mai exactă a numărului minorilor instituţionalizaţi în timpul regimului Ceauşescu, în lipsa unor cifre oficiale în acest sens, trebuie avute în vedere toate instituţiile care găzduiau copii abandonaţi şi doar acelea menite prin lege să o facă. Cifrele pe care le putem obţine din studiul capacităţii leagănelor, caselor de copii, diferitelor şcoli speciale şi căminelor pentru cei cu dizabilităţi nu pot fi complete fără a-i adăuga pe cei abandonaţi în maternităţi, secţiile de pediatrie sau de distrofici ale spitalelor.

Spitale

Graţie notelor de control realizate cu ocazia diferitelor acţiuni de îndrumare la nivelul unităţilor sanitare, aflăm despre una dintre problemele serioase în combaterea infecţiilor intraspitaliceşti în maternităţi şi secţiile de pediatrie şi nou-născuţi. Era vorba despre copiii abandonaţi pe care responsabilii instituţiilor medicale întârziau să-i transfere în leagăne. Din cauza şederii prelungite în spital, aceşti copii reprezentau categoria cea mai predispusă la îmbolnăvire în urma contractării diferitelor infecţii, fiind la rândul lor focare de boală pentru ceilalţi pacienţi, în special pentru nou-născuţi.

Numărul limitat de paturi de care dispunea o secţie de pediatrie şi numărul constant de cazuri sociale prezente în spital făceau ca de multe ori adevăraţii pacienţi să împartă aceleaşi saloane cu minorii abandonaţi. Existau situaţii în care numărul cazurilor sociale prezente în spital îl depăşea cu mult pe cel al pacienţilor. La spitalul comunal Vadu Lat, în septembrie 1987, din 120 de paturi existente, doar 46 erau ocupate de pacienţi, opinia corpului de control fiind că această unitate este subutilizată. Nota uita să menţioneze însă copii abandonaţi în acest spital. Pe bună dreptate aceştia nu erau consideraţi pacienţi, căci reprezentau cazuri sociale[2]. O situaţie asemănătoare era la spitalul comunal Mogoşeşti, unde erau găzduite 10 cazuri sociale, dar şi la spitalul comunal Ghimpaţi, cu 18 cazuri sociale avute în grijă[3]. Aceste cifre sunt semnificative dacă se ia în considerare populaţia deservită de aceste unităţi sanitare, fiecăruia dintre spitalele menţionate revenindu-i nu mai mult de 10.000 de persoane. Nici spitalele judeţene sau municipale nu făceau excepţie de la această regulă. Secţia de nou-născuţi a spitalului Colţea din Bucureşti era în februarie 1988 supraaglomerată, nemaiputând face faţă noilor internări. Motivul nu era o creştere spectaculoasă a natalităţii, ci „numărul mare de cazuri sociale netransferate în leagăne”[4]. Aceeaşi constatare apare în documentele Ministerului Sănătăţii pentru spitale din toate regiunile ţării : Giurgiu, Vaslui, Timişoara, Constanţa[5].

Prezenţa acestor copii în secţiile de nou-născuţi poate induce ideea că vârsta lor era foarte fragedă, poate nu mai mult de câteva luni. În realitate, vârsta copiilor abandonaţi

1. Gail Kligman, *op.cit.*, p. 247.
2. AMS, fond Cabinet 1, dosar 37/1989, nenumerotat.
3. *Ibidem*.
4. AMS, fond DAM-OMCT, dosar 10/1988, nenumerotat.
5. AMS, fond DAM-OMCT, dosare 5/1987, 18/1987, 19/1987, 20/1987, nenumerotate.

în spitale mergea de la câteva zile, pentru cei părăsiţi încă de la naştere, până la vârste de 8-10 ani. Uitaţi de familii, dar şi de sistem, micuţii rămâneau ani de zile în spital. Se poate vorbi despre un adevărat circuit al acestor copii între diferitele instituţii medicale. Vârsta copilului arăta locul în care acesta se plasa în ierarhia transferurilor. Surorile Carmen şi Angelica Gociu, născute la maternitatea Filantropia din Bucureşti, au fost abandonate încă de la naştere, de aici au fost transferate la Spitalul pentru distrofici Vidra din judeţul Giurgiu, unde au rămas timp de patru ani. Ulterior au ajuns la Spitalul comunal Mogoşeşti, unde au rămas pentru încă cel puţin trei ani, până la data întocmirii raportului care le prezintă cazul[1]. Circuitul copiilor abandonaţi în spital urma în aproape toate cazurile o mişcare dinspre mediul urban către cel rural, dinspre clinicile mari, organizate la nivel judeţean şi municipal, spre spitalele mici orăşeneşti sau comunale.

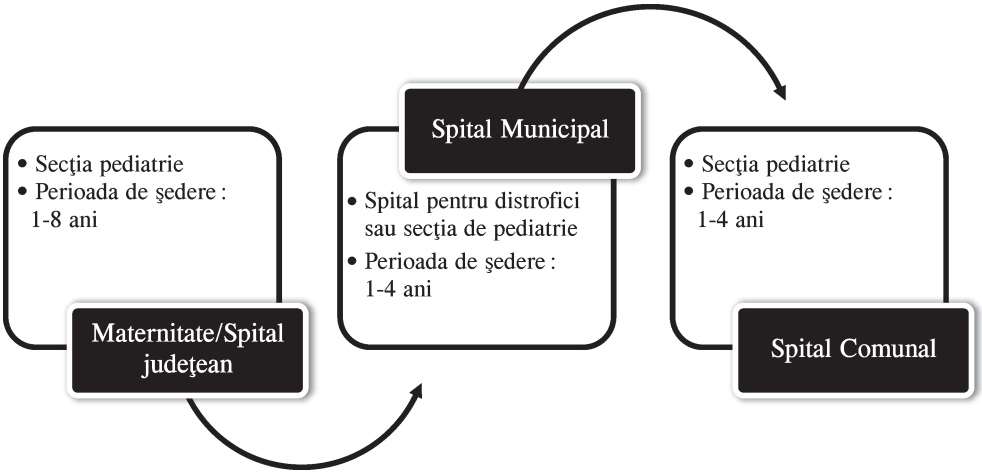


Figura 8. *Traseul parcurs de minorii abandonaţi între diferitele unităţi spitaliceşti*

Documente aflate în arhiva Ministerului Sănătăţii amintesc sute de cazuri de copii fără certificat de naştere şi uneori chiar fără un nume, lăsaţi de părinţi în grija şi la mila cadrelor medicale din spitale. Într-o notă a Direcţiei Asistenţei Medicale, adresată ministrului Sănătăţii, se precizează că, la sfârşitul anului 1978, numărul copiilor abandonaţi de către părinţi în unităţi sanitare era de 1.459. Situaţia pe grupe de vârste se prezenta astfel : 0-1 an – 1.026, 1-4 ani – 304, peste 4 ani – 129. În aceeaşi notă se precizează că în cursul anului 1978 au fost internaţi în unităţi de ocrotire 2.271 de copii abandonaţi de părinţi în instituţii sanitare. Incidenţa mare a raportărilor diferitelor spitale privind situaţia delicată a cazurilor sociale în probleme legate de acţiuni antiepidemice şi de supraaglomerare, cifrele concrete raportate în perioade diferite la spitale diferite, la scară naţională, ne îndreptăţesc, folosind reguli statistice, să apreciem la 100 numărul copiilor abandonaţi în diferite instituţii medicale la nivelul unui judeţ. Această cifră pare constantă pentru intervalul 1970-1989. În 1978, conform statisticilor întocmite de Ministerul Sănătăţii, cifrele la nivelul fiecărui judeţ se prezentau astfel :

1. AMS, fond Cabinet 1, dosar 37/1989, nenumerotat.

Tabelul 13. *Situaţia minorilor abandonaţi pentru anul 1978 la nivel naţional*

Judeţul	Nr. copii abandonaţi în unităţi sanitare				Nr. copii internaţi în unităţi de ocrotire	TOTAL
	total	0-1 ani	1-4 ani	peste 4 ani		
Alba	35	14	19	2	5	40
Arad	8	1	7	0	16	24
Argeş	16	9	7	0	–	16
Bacău	32	32	–	–	59	91
Bihor	25	13	11	1	34	54
Bistriţa	15	11	4	–	116	131
Botoşani	86	68	15	3	–	86
Braşov	11	10	1	–	36	47
Brăila	11	11	–	–	35	46
Buzău	51	43	8	–	67	118
Caraş-Severin	24	16	7	1	16	40
Cluj	40	24	16	–	36	76
Constanţa	34	29	5	–	9	43
Covasna	21	18	2	1	16	37
Dâmboviţa	–	–	–	–	14	14
Dolj	47	33	14	–	102	149
Galaţi	11	8	3	–	9	20
Giurgiu	Nu există date	Nu există date	Nu există date	Nu există date	Nu există date	Nu există date
Gorj	Nu există date	Nu există date	Nu există date	Nu există date	Nu există date	Nu există date
Harghita	20	13	6	1	21	41
Hunedoara	22	13	6	3	27	49
Ialomiţa	21	16	5	–	103	124
Iaşi	137	6	23	108	88	225
Ilfov	Nu există date	Nu există date	Nu există date	Nu există date	Nu există date	Nu există date
Maramureş	158	111	47	–	71	229
Mehedinţi	8	7	1	–	50	58
Mureş	63	40	23	–	4	69
Neamţ	39	38	1	–	28	67
Olt	–	–	–	–	84	84
Prahova	4	4	–	–	14	18
Satu Mare	36	32	4	–	81	117
Sălaj	20	16	3	1	5	25
Sibiu	12	11	1	–	10	22
Suceava	51	36	10	5	129	180

Teleorman	22	22	–	–	15	37
Timiş	78	62	16	–	32	110
Tulcea	43	43	–	–	40	83
Vaslui	191	172	16	3	502	693
Vâlcea	5	4	1	–	–	5
Vrancea	8	6	2	–	6	14
Municipiul Bucureşti	54	34	20	–	382	436

** În ciuda faptului că pentru trei judeţe nu există cifre, toate judeţele au raportat existenţa unor astfel de cazuri.*
Sursă : *Notă privind situaţia copiilor abandonaţi*, AMS, fond DAM-OMCT, dosar 3/1978, dosar nenumerotat.

Pentru intervalul 1978-1989 situaţia s-a menţinut în aceleaşi limite, fapt ce reiese şi din analiza situaţiei pe anul 1989, realizată de Ministerul Sănătăţii. În judeţul Giurgiu, în cele cinci spitale arondate, trei spitale comunale (Vadu Lat, Ghimpaţi şi Mogoşeşti), spitalul judeţean Giurgiu şi cel orăşenesc Bolintin Vale, se aflau 77 de minori abandonaţi[1] .

Cu siguranţă valorile variau la nivel regional în funcţie de indicele natalităţii, condiţiile socioeconomice, etnia predominantă, gradul de mobilitate al populaţiei. Într-un judeţ precum Aradul, cu spor natural negativ, cu un indice al natalităţii permanent mai scăzut decât media ţării, cifrele nu puteau coincide cu cele din Vaslui[2], Maramureş sau Bucureşti[3]. Plecând de la aceste considerente, putem trage concluzia că, în cele două decenii care s-au succedat interzicerii avortului în România, instituţiile medicale la nivelul întregii ţări găzduiau anual aproximativ 4.200-4.500 de minori reprezentând cazuri sociale. Prin caz social înţelegem minorii care, deşi internaţi perioade mari şi foarte mari de timp, nu necesitau îngrijire medicală, prezenţa lor într-o instituţie medicală fiind consecinţa abandonului voluntar din partea aparţinătorilor legali. În urma presiunilor exercitate de conducerea Ministerului Sănătăţii, o parte dintre aceste cazuri erau transferate către instituţiile de ocrotire abilitate. Nu existau însă un algoritm sau un set de criterii pentru efectuarea transferurilor, fapt care permitea menţinerea copiilor în diferite spitale pe intervale care ajungeau să depăşească chiar şi 8 ani.

1. AMS, Cabinet 1, dosar 37/1989, nenumerotat.
2. Judeţul Vaslui s-a aflat în intervalul 1967-1989 în fruntea clasamentului judeţelor privind natalitatea, cel mai scăzut procent fiind 18‰, iar cel mai ridicat 21‰.
3. Capitala Bucureşti, cu indice al natalităţii constant sub media ţării, a reprezentat un mediu propice pentru abandonul minorilor. Această situaţie s-a datorat pe de o parte polarizării asistenţei medicale de înaltă specialitate pentru judeţele limitrofe către Capitală, dar şi procesului de industrializare forţată care a condus la deplasarea forţei de muncă dinspre rural spre urban, dinspre provincie spre centru.

Leagăne de copii

Urmare a Decretului nr. 770/1966, în cursul anului 1967, numărul naşterilor înregistrează o creştere spectaculoasă comparativ cu perioada similară din anul anterior. O creştere constantă s-a putut observa încă din ianuarie 1967, însă efectele s-au văzut la 9-10 luni de la promulgarea decretului, începând cu luna iunie, când numărul naşterilor se dublează comparativ cu acelaşi interval din 1966; trendul se menţine constant şi în perioada imediat următoare, o descreştere fiind totuşi vizibilă spre sfârşitul anului:

Tabelul 14. *Numărul naşterilor în anul 1967 comparativ cu anul 1966*

Luna	Anul	
	1966, nr. de naşteri	**1967, nr. de naşteri**
Ianuarie	20.908	24.295
Februarie	22.008	23.258
Martie	24.797	27.464
Aprilie	24.466	27.811
Mai	24.898	34.183
Iunie	23.558	41.000
Iulie	23.539	44.000
August	23.662	53.000
Septembrie	22.385	55.000
Octombrie	24.017	51.000
Noiembrie	22.255	41.000

Sursă: *Informare în legătură cu aplicarea Decretului nr. 770/1966*, ANIC, fond CC al PCR, Secţia Administrativ-Politică, dosar 8/1967, f. 171.

Autorităţile de la Bucureşti, deşi se aşteptau la creşterea numărului de naşteri, au fost surprinse de efectele pe care prevederile decretului le-au produs în primul rând în cadrul reţelei medicale, dar şi în cea de protecţie socială. Hotărârea de a creşte prin orice mijloace numărul de naşteri nu fusese însoţită şi de un proiect similar privind adaptarea infrastructurii medicale la noile cerinţe. Prognozele, foarte corecte de altfel, alcătuite de Ministerul Sănătăţii privind numărul de naşteri pe anul 1967 au avut darul de a scutura din letargie autorităţile. În faţa unui deficit de mii de locuri, atât în creşe, cât şi în leagănele de copii, la începutul anului 1967 se iau măsuri imediate pentru creşterea numărului de locuri în aceste instituţii. Conform Legii nr. 3/1978 privind asigurarea asistenţei medicale a populaţiei, leagănul de copii reprezenta unitatea sanitară cu activitate permanentă prin care se asigurau ocrotirea, creşterea, educarea şi îngrijirea medicală a copiilor în vârstă de până la 3 ani fără susţinători legali sau care prezentau anumite afecţiuni ori se aflau în alte situaţii de risc prevăzute de lege[1].

În stabilirea diferitelor locaţii s-a ţinut cont de evoluţia natalităţii, indicele mortalităţii infantile, dar şi ponderea incidenţei problemelor sociale. Ca urmare a studierii acestor

1. Legea nr. 3 din 6 iulie 1978 privind asigurarea sănătăţii populaţiei, publicată în *Buletinul Oficial al RSR* nr. 54 din 10 iulie 1978.

factori, pentru intervalul 1969-1970 s-a decis ridicarea a opt noi leagăne, fiecare având 250 de locuri, două în regiunile Bacău şi Iaşi, care constituiau o prioritate imediată, şi alte şase pentru Argeş, Hunedoara, Maramureş, Olt, Suceava şi municipiul Bucureşti[1].

Baby-boom-ul înregistrat în luna iulie 1967 duce însă la o regândire a întregii strategii. Cele 33 de leagăne existente la acel moment aveau o capacitate maximă de *4.451* de locuri, acoperind doar 50% din necesarul la acel moment (iulie 1967). Deficitul era cu atât mai mare în regiunile cunoscute pentru natalitatea ridicată şi problemele sociale mai pregnante : Bacău, Hunedoara, Suceava, Crişana, Oltenia, municipiul Bucureşti. Ca urmare, printr-o hotărâre a Consiliului de Miniştri, s-a decis suplimentarea fondurilor pentru creşterea numărului de locuri în leagăne prin ridicarea de construcţii noi de la 2.000 de locuri iniţial la 4.000, astfel încât să fie ridicat în fiecare regiune un leagăn cu o capacitate de 250 de locuri[2]. În Bucureşti existau în anul 1967 525 de locuri în leagăne pentru copii. Pentru a face faţă creşterii natalităţii, s-a hotărât suplimentarea acestei cifre cu 320 de locuri, dintre care 70 să fie adăugate în spaţiile deja existente şi 250 să reprezinte un nou aşezământ[3]. Pentru îmbunătăţirea întregii activităţi în leagănele de copii, se mai prevedeau reamenajarea localurilor existente la acea oră, majoritatea fiind construcţii ridicate înainte de 1950, dotarea corespunzătoare cu mobilier, inventar moale, aparatură, jucării, mecanizarea spălătoriilor, încadrarea justă cu personal medical, mediu sanitar, auxiliar şi elementar[4]. Una dintre problemele importante era numărul insuficient de personal medical proporţional cu numărul de naşteri şi în condiţiile creşterii capacităţii şi numărului diferitelor leagăne. O primă soluţie pentru remedierea acestei a fost detaşarea la nivelul regiunilor a 240 de medici şi 1.400 de moaşe[5].

În 1977, conform raportărilor făcute de Institutul pentru Ocrotirea Mamei şi Copilului numărul de locuri în leagăne la nivelul întregii ţări ajunsese la 11.000 de locuri[6]. În 1981, Departamentul de Statistică Medicală din cadrul Ministerului Sănătăţii aprecia că, anual, 10.000-12.000 de copii se năşteau în afara familiei, mare parte din aceştia ajungând în leagăne. Acesta este numai unul dintre motivele care au dus la creşterea capacităţii leagănelor în doar trei ani cu 2.000 de locuri, ajungând în 1981 la 12.768, repartizate în 64 de instituţii distincte. Din acestea doar 16 erau construcţii noi[7].

În 1987 capacitatea instituţiilor de ocrotire pentru copiii cu vârsta 0-3 ani crescuse cu încă 1.000 de locuri la 13.729, fără crearea unor instituţii noi. La nivelul fiecărui judeţ, situaţia se prezenta astfel :

1. *Informare în legătură cu raportul întocmit de Comitetul de Stat al Planificării privind „Posibilităţi şi soluţii în vederea rezolvării problemei creşelor”*, ANIC, fond CC al PCR, Secţia Administrativ-Politică, dosar 7/1967, f. 59.
2. *Notă cu privire la situaţia caselor copiilor*, ANIC, fond CC al PCR, Secţia Administrativ-Politică, dosar 8/1967, f. 144.
3. *Ibidem*, f. 114.
4. *Ibidem*, f. 144.
5. *Ibidem*, f. 170.
6. AMS, fond DAM-OMCT, dosar 2/1977, f. 117
7. *Contribuţia comunităţilor din compartimentul OMCT pentru îmbunătăţirea activităţii de ocrotire, educaţie şi sănătatea copiilor din creşe şi leagăne*, AMS, fond DAM-OMCT, dosar 9/1982, nenumerotat.

Tabelul 15. *Capacitatea instituţiilor de ocrotire pentru copii cu vârsta 0-3 ani la nivel naţional pentru anul 1987*

Judeţ	Nr. de leagăne	Total locuri la nivel judeţean	Judeţ	Nr. de leagăne	Total locuri la nivel judeţean
Alba	1	143	Harghita	2	200
Arad	1	425	Hunedoara	1	200
Argeş	2	330	Ialomiţa	1	210
Bacău	3	775	Iaşi	5	940
Bihor	1	450	Maramureş	2	280
Bistriţa-Năsăud	1	236	Mehedinţi	1	350
Botoşani	2	455	Mureş	1	330
Braşov	1	250	Neamţ	2	405
Brăila	1	430	Olt	1	205
Buzău	2	370	Prahova	2	262
Caraş-Severin	1	160	Satu-Mare	1	294
Călăraşi	1	170	Sălaj	1	120
Cluj	1	260	Sibiu	2	435
Constanţa	2	300	Suceava	1	236
Covasna	1	50	Teleorman	1	216
Dâmboviţa	1	106	Timiş	1	415
Dolj	1	300	Tulcea	1	236
Galaţi	2	295	Vaslui[2]	3	266
Giurgiu[1]	1	65	Vâlcea	1	510
Gorj	1	200	Vrancea	1	250
			Bucureşti	6	1598

Sursă : AMS, fond DAM-OMCT, dosar 13/1988, nenumerotat.

În 1988 s-a ajuns la un număr de 65 de unităţi cu un total de 13.878 de locuri.

Tabelul 16. *Evoluţia capacităţii leagănelor în perioada 1967-1988*

An	1967	1977	1988
Numărul de instituţii	33	55	65
Numărul de locuri	4.451	11.000	13.878

Sursă : AMS, fond DAM-OMCT, dosar 13/1988, nenumerotat.

Numărul real al copiilor prezenţi în aceste instituţii de „ocrotire" depăşea cu siguranţă cifrele oficiale. Statisticile Ministerului Sănătăţii se bazau strict pe capacitatea normată a instituţiilor. Cifrele din teren nu erau prinse în aceste raportări. În 1986 leagănul nr. 2

1. În acelaşi timp, în spitalele din judeţul Giurgiu erau abandonaţi 77 de copii.
2. La acel moment, în judeţul Vaslui, cifra copiilor abandonaţi în spitale cu vârsta între 0-3 ani era de 190 de copii.

din Botoşani, cu o capacitate de 240 de locuri, găzduia 280 de copii, dintre care 224 cu vârsta de peste 3 ani, deci care ar fi trebuit transferaţi către casele de copii preşcolari. În aceeaşi perioadă, leagănul din Focşani, cu o capacitate la momentul respectiv de 180 de locuri, găzduia 193 de copii. Leagănul din Ploieşti, la o capacitate normată de 188 de locuri, adăpostea în 1988 261 de copii. La leagănul Babadag nu se fac precizări privind numărul suplimentar de copii aflaţi în leagăn, în schimb se dispune încetarea măsurii de dublare a paturilor şi căutarea unor spaţii noi pentru extinderea leagănului. Supraaglomerat era şi leagănul din Tulcea, unde densitatea paturilor trebuia redusă cu 15% pentru asigurarea condiţiilor normale de îngrijire[1]. Situaţia se repeta în mare parte din instituţiile de ocrotire pentru copii cu vârste între 0-3 ani, numărul suplimentar reprezentând aproximativ 10-15% din capacitatea oficială.

Dată fiind această stare de fapt, numărul real al minorilor aflaţi în grija diferitelor leagăne, la nivelul întregii ţării, era cel mai probabil de 15.000-15.500.

Casele de copii

Din leagăn copiii puteau pleca în trei direcţii diferite : către cămine-spital, dacă în urma controalelor multiple erau diagnosticaţi cu diferite dizabilităţi, puteau reveni în familia naturală sau puteau fie daţi spre adopţie, fie erau dirijaţi către casele de copii.

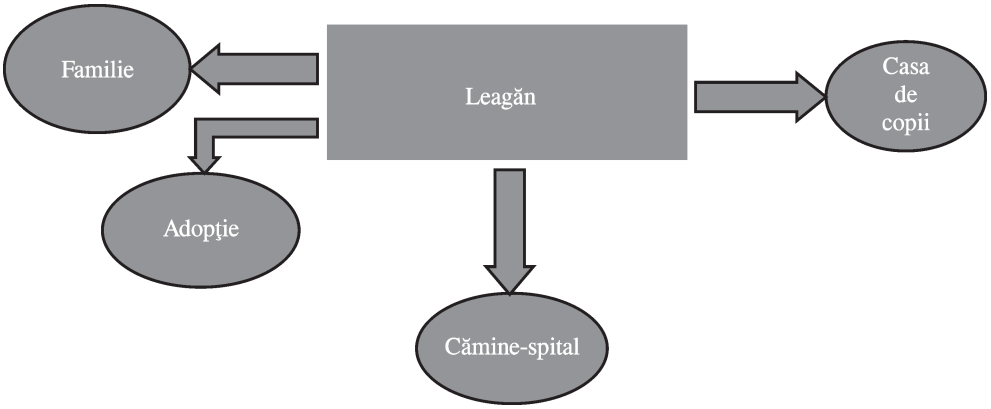


Figura 9. *Circuitul minorilor la părăsirea leagănului de copii*

Cea mai mare parte dintre ei mergeau către casele de copii. Casele de copii erau instituţii create de stat în scopul ocrotirii unor categorii de minori aflaţi în dificultate : orfani, copii abandonaţi, copii ai căror părinţi au fost decăzuţi din drepturile părinteşti sau executau pedepse privative de libertate, copii care proveneau din familii dezorganizate sau ai căror părinţi prezentau afecţiuni incompatibile cu întreţinerea şi educarea unei familii[2]. Casele

1. *Nota de îndrumare, control şi sprijin în judeţul Tulcea în perioada 21-25 iulie 1987*, AMS, fond DAM-OMCT, dosar 20/1987, nenumerotat .
2. „Legea 3/1970 privind regimul ocrotirii unor categorii de minori", în *Buletinul Oficial al R.S.R.*, nr. 28 din 28 martie 1970.

de copii erau instituţii aflate în subordinea Ministerului Educaţiei şi Învăţământului la nivel central, respectiv a inspectoratelor şcolare judeţene la nivel local. Menirea acestor instituţii era ocrotirea, educarea, îndrumarea pregătirii şcolare, întreţinerea minorilor internaţi în aceste centre. Conform prevederilor legale, minorii ajungeau în casele de copii începând cu vârsta de 3-4 ani şi puteau rămâne până la majorat dacă urmau o formă de şcolarizare[1].

Similar cu situaţia locurilor din leagăne, după aplicarea Decretului nr. 770/1966, capacitatea caselor de copii a crescut simţitor : 17.000 de locuri în 1968, 19.000 de locuri în 1970, 23.200 de locuri în 1971[2]. La nivelul întregii ţări, cifrele oficiale menţionează pentru anul 1989 existenţa a 224 de case ale copilului, 67 pentru preşcolari şi 157 mixte. Documente din arhiva Ministerului Sănătăţii precizau că la nivelul caselor de copii pentru preşcolari erau prevăzute 8.027 de locuri, iar în cele mixte 29.560 de locuri[3].

Pentru o imagine cât mai completă a instituţiilor în a căror grijă se aflau minorii cu vârste între 4-18 ani vom folosi ca studiu de caz judeţul Vaslui în perioada 1967-1989.

Judeţul Vaslui este cunoscut pentru indicele mare al natalităţii, dar şi al mortalităţii infantile. Din perspectiva problemelor sociale şi a abandonului minorilor, statisticile autorităţilor prezintă o imagine uşor distorsionată a realităţii. În cele trei leagăne din judeţul Vaslui existau în 1988 doar 266 de locuri, în condiţiile în care, în acelaşi an, doar spitalele din judeţ dirijaseră 502 minori către instituţiile de ocrotire abilitate. Situaţia caselor de copii este însă mai apropiată de realităţile zonei. La nivelul întregului judeţ existau în 1979 cinci case de copii, repartizate după cum urmează : municipiul Vaslui – 305 locuri disponibile ; oraşul Bârlad – 450 de locuri disponibile ; sat Murgeni – 150 de locuri disponibile ; sat Tălăşmani (doar pentru preşcolari) – 60 de locuri disponibile[4], sat Bogeşti – 80 de locuri disponibile[5]. Împreună însumau 895 de locuri, deşi statistica oficială menţiona existenţa a doar trei case ale copilului, cu un total de 525 de locuri. La aceste cifre trebuie să adăugăm şi cele trei şcoli ajutătoare, destinate copiilor cu deficit intelectual. Astfel de şcoli se găseau în oraşele Vaslui, Huşi şi Negreşti[6]. Aceste instituţii de învăţământ au fost create pentru a asigura şcolarizarea elevilor cu retard mintal sau prezentând alte afecţiuni ce cauzau un nivel scăzut de inteligenţă. Deşi iniţial beneficiarii acestor şcoli erau în mare parte minori aflaţi în grija familiei, toţi elevii erau interni. Ei îşi petreceau întreaga săptămână sau poate tot trimestrul în interiorul instituţiei de învăţământ. În anii ’80 insuficienţa locurilor din casele de copii a făcut ca şcolile ajutătoare să devină o alternativă pentru găzduirea şi şcolarizarea copiilor aflaţi în grija statului. Împreună, cele trei şcoli puteau găzdui aproximativ 250 de elevi.

1. După modul de organizare şi vârstele minorilor ocrotiţi, casele de copii puteau fi organizate sub următoarele forme : case de copii preşcolari, case de copii şcolari-fete, case de copii şcolari-băieţi, case de copii mixte, case de copii preşcolari şi şcolari, case de copii cu şcoală generală, case de copii cu şcoală generală şi grădiniţă, case de copii-fete cu şcoală ajutătoare, case de copii-băieţi cu şcoală ajutătoare, case de copii mixte cu şcoală ajutătoare, case de copii cu şcoală ajutătoare şi grădiniţă ajutătoare. Voicu Lăscuş, *Organizarea şi conducerea caselor de copii*, Cluj Napoca, 1989, pp. 5-7.
2. *Raport cu privire la activitatea depusă în domeniul asigurărilor sociale, pensiilor şi asistenţei sociale*, AMM, fond Rapoarte către Marea Adunare Naţională (în continuare Rapoarte MAN), dosar 1/1971, nenumerotat.
3. AMS, fond Cabinet 1, dosar 37/1989, nenumerotat.
4. Serviciul Judeţean al Arhivelor Naţionale Vaslui (în continuare SJAN Vaslui), fond Casa de copii Tălăşmani, dosar 1/1966, f. 12.
5. SJAN Vaslui, fond Casa de copii Vaslui, dosar 16/1978, ff. 1-30.
6. *Ibidem*.

Tabelul 17. *Repartizarea pe judeţe a caselor de copii în 1989*

Judeţul	Case de copii preşcolari		Case de copii mixte (copii şcolari şi preşcolari)	
	Nr. de unităţi	Nr. de locuri	Nr. de unităţi	Nr. de locuri
Alba	1	128	4	681
Arad	1	111	2	351
Argeş	3	200	6	795
Bacău	1	180	3	1.310
Bihor	3	270	3	805
Bistriţa-Năsăud	1	140	3	609
Botoşani	2	355	8	1.800
Braşov	2	145	4	335
Brăila	2	270	2	480
Buzău	2	240	2	435
Caraş-Severin	1	122	5	645
Călăraşi	1	100	2	375
Cluj	1	155	3	645
Constanţa	1	151	4	450
Covasna	1	91	2	300
Dâmboviţa	2	91	3	372
Dolj	1	80	4	390
Galaţi	1	200	2	485
Giurgiu	1	70	1	150
Gorj	1	165	1	400
Harghita	2	183	3	595
Hunedoara	2	178	3	525
Ialomiţa	2	181	2	430
Iaşi	3	491	8	1.610
Maramureş	1	112	6	1.045
Mehedinţi	2	143	2	341
Mureş	-	92	5	730
Neamţ	2	295	3	1.182
Olt	1	139	5	625
Prahova	1	200	3	611
Satu-Mare	2	245	8	1.388
Sălaj	1	115	3	375
Sibiu	3	262	6	1.052
Suceava	1	185	5	1.366
Teleorman	1	90	1	300

Timiş	2	230	4	615
Tulcea	2	180	4	784
Vaslui	1	110	2	525
Vâlcea	1	225	3	545
Vrancea	1	120	5	900
Bucureşti	8	987	12	2.203

Sursă: AMS, fond Cabinet 1, dosar 37/1989, nenumerotat.

Traseul copiilor intraţi în sistem era unul sinuos. Dacă ei proveneau din leagănul de copii, erau transferaţi către una dintre cele trei case de copii care acceptau preşcolari: casa de copii preşcolari Tălăşmani, cea din Vaslui şi Bârlad. Ajunşi la vârsta şcolarizării, copiii plecau către casele de copii şcolari din Murgeni şi Bogeşti. De obicei şederea într-o anumită unitate nu depăşea 3-4 ani, existând un permanent schimb între instituţiile de ocrotire la nivel judeţean. Fiecare instituţie se „specializase" în asistenţa unei anumite grupe de vârstă: Bârlad şi Bogeşti 8-12 ani, Murgeni 10-14 ani. Casa de copii din Vaslui adăpostea copii cu vârste de la 3 la 18 ani, dar un aflux mai mare se observă la „asistaţi", minorii aflaţi la sfârşitul învăţământului obligatoriu care alegeau să-şi continue studiile[1].

Statisticile oficiale menţionau în 1989 existenţa la nivel naţional a 38.000 de locuri în casele de copii. La acestea se adăugau cele 113 şcoli ajutătoare, care însumau la rândul lor 26.854 de locuri. Dacă luăm în considerare supraaglomerarea din instituţiile de ocrotire, valoarea nominală globală la nivel naţional a locurilor acceptate peste limita admisă fiind necunoscută, putem aprecia că, pentru anul 1988-1989, cifra minorilor aflaţi în grija diferitelor case de copii, grădiniţe şi şcoli speciale se ridica la 65.000-70.000 de copii la nivel naţional.

Cămine-spital

După internarea în leagăn, copii erau supuşi periodic unor controale ale stării lor de sănătate. Această măsură a fost dispusă în anul 1965. Controlul era unul pluridisciplinar, efectuat de o echipă ce avea în componenţa sa în mod obligatoriu un medic pediatru, unul neuropsihiatru şi un psiholog. Scopul acestor verificări „menite a cunoaşte în permanenţă starea de sănătate a copiilor pentru a le asigura acestora o dezvoltare normală"[2] era reducerea costurilor de durată cu îngrijirea medicală pentru cazurile prezentând diverse forme de handicap care ar fi împiedicat o dezvoltare ulterioară normală. Se efectua astfel o selecţie pentru a-i deosebi pe cei folositori sau cu potenţial de a fi folositori „patriei mult iubite" de acei *paria* ai societăţii care prin condiţia lor fizică nu puteau contribui la făurirea socialismului, pe recuperabili de irecuperabili. „Copiii cu defecte locomotorii" precum şi „deficienţii mintali" formau stigmatizata şi

1. SJAN Vaslui, fond Casa de copii Vaslui, dosar 1/1979, f. 17.
2. Aceasta era formula oficială care apărea în documentele Ministerului Sănătăţii cu referire la controalele medicale periodice din colectivităţile de copii.

oarecum temuta categorie a celor irecuperabili, trimişi de la vârste foarte fragede, chiar şi de la un an de zile, în cămine-spital. Căminele-spital reprezentau una dintre categoriile de instituţii de asistenţă socială şi de învăţământ special aflate în subordinea Ministerului Muncii la nivel central şi a consiliilor locale la nivel local. Ele erau destinate minorilor prezentând deficienţe locomotorii şi/sau mintale care-i făcea incompatibili cu desfăşurarea oricărei activităţi educative ori lucrative. Înfiinţate în 1960, aceste instituţii deţineau oficial, la nivelul anul 1971, 1.260 de locuri pentru deficienţii irecuperabili. Pentru minorii parţial recuperabili, cu deficienţe locomotorii, senzoriale sau de inteligenţă, erau disponibile 8.333 de locuri în şcoli profesionale şi licee de specialitate[1]. Alte 1.800 de locuri se aflau în căminele-atelier care adăposteau de cele mai multe ori persoane cu deficit de inteligenţă, oligofreni – aceştia prestau diferite activităţi, de obicei confecţionarea de obiecte. Adulţilor care nu puteau presta o activitate remunerabilă le erau destinate 5.438 de locuri în cămine-spital[2]. În acelaşi an, comisiile pentru ocrotirea minorilor de pe lângă consiliile populare depistaseră 100.000 de minori deficienţi aflaţi în grija familiei şi care necesitau plasarea de urgenţă în sistemul unităţilor de ocrotire ale statului[3]. Necesarul de investiţii estimat pentru rezolvarea corectă a tuturor cazurilor sociale implicând minori era de cel puţin 5.000 de locuri în cămine-spital pentru irecuperabili şi 28.000 de locuri în cămine-spital, şcoli profesionale şi licee pentru parţial recuperabili[4]. Planurile întocmite în anii ’70 nu au coincis cu politica de austeritate a deceniului 9. Ca urmare, capacitatea instituţiilor de ocrotire nu a crescut direct proporţional cu rata abandonului, numărul minorilor aflaţi în dificultate fiind estimat de autorităţile comuniste la un milion, dintre care 400.000 necesitau scoaterea urgentă din familie[5]. O excepţie au constituit-o căminele destinate copiilor parţial recuperabili al căror număr a crescut de la 8 în 1971 la 40 la mijlocul anilor ’80. Se pare că nici această augmentare importantă nu a fost suficientă pentru a acoperi totalitatea cazurilor, astfel încât spre sfârşitul anilor ’80, s-a trecut la internarea minorilor şi în căminele-spital destinate exclusiv adulţilor, cum a fost cazul spitalului de neuropsihici de la Siret[6]. Izolaţi în clădiri insalubre, situate de obicei în mediul rural, departe de ochii societăţii, aceşti bolnavi îşi aşteptau sfârşitul în 146[7] de cămine repartizate pe întreg teritoriul României.

1. Instituţiile enumerate se aflau exclusiv în subordinea Ministerului Muncii. A nu se confunda cu grădiniţele, şcolile generale şi liceele speciale pentru deficienţi recuperabili aflate în subordinea Ministerului Educaţiei şi menţionate referitor la situaţia minorilor din casele de copii.
2. *Raport cu privire la activitatea depusă în domeniul asigurărilor sociale, pensiilor şi asistenţei sociale* AMM, fond Rapoarte MAN, dosar 1/1971, 169.
3. *Raport cu privire la activitatea depusă în domeniul asigurărilor sociale, pensiilor şi asistenţei sociale* AMM, fond Rapoarte MAN, dosar 1/1970, f. 24.
4. *Raport cu privire la activitatea depusă în domeniul asigurărilor sociale, pensiilor şi asistenţei sociale* AMM, fond Rapoarte MAN, dosar 2/1971, p. 151.
5. *Buletinul Informativ special al Ministerului Sănătăţii, nr. 4, cu privire la cheltuielile RS România pentru leagăne de copii, preventorii, sanatorii TBC*, AMS, fond Cabinet 1, dosar 110/1971, nenumerotat.
6. *Scrisoare adresată ministrului sănătăţii de către colectivul de copii de la spitalul neuropsihici Siret*, AMS, fond Cabinet 1, dosar 88/1973, nenumerotat.
7. HU OSA 300-60-1, Fond Records of Radio Free Europe/Radio Liberty Research Institute (RFE/RL RI), sub fond Romanian Unit, seria Subject Files, cutia 665, dosarul Population – Children 1984-1991.

Capacitatea acestor cămine era asemănătoare cu cea a leagănelor, în medie 250 de locuri. Bolile, frigul şi foamea puteau reduce efectivul într-o singură iarnă chiar şi la jumătate, la fel cum noi controale în leagăne şi case de copii puteau oricând spori numărul nefericiţilor locatari. Un simplu calcul ne duce la cifra de aproximativ 36.500 de minori internaţi în diferite cămine pentru deficienţi irecuperabili sau parţial recuperabili. Fără îndoială, cifra este foarte mare dacă luăm în considerare faptul că un număr asemănător de copii se regăsea în orfelinatele României.

Amploarea acestui fenomen poate fi explicată prin totalitatea factorilor care au condus la apariţia şi proliferarea lui. Principala cauză era uşurinţa cu care micuţilor li se punea stigmatul de irecuperabil sau parţial recuperabil. Deşi nu beneficiau de mediul şi atenţia unei familii normale, copiii erau evaluaţi după criteriile standard care urmăreau raportul vârstă biologică/competenţe specifice. Condiţiile din leagănele româneşti – şi amintim doar lipsa programelor individuale de recuperare şi dezvoltare psihomotrică, alimentaţie necorespunzătoare, igiena precară – făceau ca mulţi dintre copii sănătoşi să dezvolte felurite deficienţe, iar cei cu suferinţe congenitale să prezinte agravări ale bolii[1]. Măsurile luate de către diverse asociaţii umanitare au arătat că, în ciuda sănătăţii fizice şi psihice foarte precare, în special în cazul nerecuperabililor, potenţialul acestora de recuperare ar fi fost unul foarte ridicat dacă ar fi beneficiat de îngrijire şi educaţie adecvate condiţiei lor. Micile scăpări ale naturii căpătau o amploare dramatică în mâinile celor a căror principală misiune era îngrijirea acestor nefericiţi. Copii perfect sănătoşi la naştere, dar abandonaţi în spital sau leagăn, din cauza lipsei de afecţiune, exerciţiului fizic, practicii vorbirii, ajungeau să prezinte caracteristicile unei persoane cu handicap, incapabilă să meargă, să vorbească, lipsită de anumite deprinderi elementare specifice vârstei[2].

Logica de creştere a natalităţii în timpul regimului Ceauşescu a vizat în principal sporirea prin orice mijloace a numărului de naşteri şi reducerea constantă a mortalităţii infantile. Numeroasele controale organizate şi conduse de reprezentanţi ai Ministerului Sănătăţii aveau ca unică prioritate îmbunătăţirea continuă a celor doi indici demografici menţionaţi. Nici în programele pe termen mediu şi lung, nici în tematicile de control nu erau amintite acţiunile de recuperare a copiilor cu handicap. Astfel de programe presupuneau costuri ridicate or, „conducătorul iubit", mai ales după 1978, a hotărât reducerea drastică a cheltuielilor cu îngrijirile medicale[3]. Primele şi cele mai sigure victime ale acestei măsuri au fost cele din categoria „irecuperabililor". Fără a ne lansa într-o analiză de tip hermeneutic, subliniem totuşi sintagma folosită pentru a desemna acest grup, sintagmă care arată felul în care erau priviţi şi trataţi de statul comunist român. Odată pus verdictul de „irecuperabil", pentru orice persoană, eventualele acţiuni de salvare/recuperare/remediere devin caduce, sfidând logica.

Însumând numărul copiilor aflaţi în diferitele instituţii de „ocrotire", ajungem la cifra globală de 125.000 de minori abandonaţi, valoare care confirmă unele dintre cifrele vehiculate de presa română şi străină imediat după decembrie 1989. Amploarea atinsă de abandonul familial în segmentul temporal 1967-1989 este unul dintre cei mai elocvenţi indicatori ai falimentului politicii demografice iniţiate de regimul Ceauşescu.

1. Cazul căminului spital pentru copii irecuperabili de la Păstrăveni, judeţul Neamţ, este edificator pentru această situaţie. *Ibidem*.
2. *Ibidem*.
3. *Ibidem*.

Cine intra în sistem

Corpul minorilor abandonaţi în instituţiile statului nu prezenta omogenitate din prisma vârstei la care au fost abandonaţi şi, în mod firesc, nici din punctul de vedere al motivelor care au condus la internarea într-o instituţie de „ocrotire" sau al mediului de provenienţă (rural/urban). O analiză a acestor aspecte poate scoate la lumină o hartă a problemelor sociale, dar şi de falsă morală, distribuită cronologic pe intervalul 1967-1989.

Cauze

Conform statisticilor întocmite de Ministerul Sănătăţii privind situaţia copiilor din leagăne, principalele cauze ale abandonului erau : copiii orfani de unul sau ambii părinţi, abandonul, probleme medicale, probleme sociale, alte probleme (părinţi în închisoare, părinţi bolnavi). În tabelul următor prezentăm situaţia concretă atât procentual, cât şi unitar a incidenţei diferitelor cauze în ponderea totală a minorilor aflaţi în grija leagănelor de copii pentru anii 1978 şi 1988[1] :

Tabelul 18. *Principalele cauze ale abandonului copiilor cu vârste 0-3 ani în România, 1978-1988*

Cauze	**1978 /11.000 minori ocrotiţi în leagăne**		**1988 /13.878 minori ocrotiţi în leagăne**	
	procentual	**unitar**	**procentual**	**unitar**
Copii orfani	6,5%	715	0,7%	110
Copii abandonaţi	6,8%	748	4,2%	648
Copii cu probleme medicale	17,3%	1.903	19,5%	2.706
Copii cu probleme sociale	58,2%	6.402	64%	8.950
Alte cauze	12%	1.320	10,5%	1.464

Sursă : AMS, fond DAM-OMCT, dosar 9/1982, nenumerotat, fond DCCPI, dosar 9/1988, nenumerotat.

Documentele oficiale nu detaliază niciuna dintre aceste categorii. Abandonaţi sunt consideraţi doar 6,8 respectiv 4,2%. În această categorie intrau acei minori pe care părinţii fie îi abandonaseră în spital, fie îi încredinţaseră unei instituţii de ocrotire, fără a se mai interesa ulterior de evoluţia acestora. Mai precis, deşi legea le permitea să participe la luarea deciziilor privind instituirea diferitelor forme de „ocrotire", părinţii încetau să participe la şedinţele comisiilor pentru minori şi nu păstrau nicio legătură cu progenitura. Copiii internaţi din cauze sociale proveneau din familii dezorganizate, monoparentale – de obicei mamă necăsătorită –, sau relaţii neoficializate (concubinaj). În principal lipsurile de natură economică stăteau la baza plasării minorului într-o instituţie de ocrotire, însă nu sunt de neglijat nici constrângerile de ordin social, în special ostracizarea publică a femeilor ce dădeau naştere unui copil fără a fi căsătorite.

1. AMS, fond DAM-OMCT, dosar 9/1982, nenumerotat, fond DCCPI, dosar 9/1988, nenumerotat.

În majoritatea situaţiilor părinţii îşi încredinţau de bunăvoie copiii autorităţilor. Erau însă şi cazuri în care copilul era luat din familie în urma unei anchete sociale care arăta că părinţii ori aparţinătorii legali nu-i puteau asigura minorului condiţii optime de creştere şi educare[1].

O altă categorie inclusă în statisticile oficiale o reprezintă cazurile medicale. Din acest grup făceau parte acei copii care prezentau diferite deficienţe : distrofie, deficienţi mintali[2], deficienţi motori, deficienţi senzoriali. O parte dintre aceşti copii erau abandonaţi de părinţi căci îngrijirile speciale pe care le necesitau presupuneau eforturi deosebite, atât financiare, cât şi logistice. Mare parte prezentau anomalii congenitale şi încă de la naştere fuseseră trecuţi în grija diferitelor instituţii medicale. Mai exista şi grupul celor care ajungeau în leagănele de copii, deşi beneficiau de grija familiei. Aceştia prezentau în special deficienţe motorii. De multe ori autorităţile statului interveneau pe lângă aparţinătorii legali, oferindu-se să preia îngrijirea minorilor. Nu puţine erau cazurile în care se exercitau şi presiuni asupra părinţilor în acest sens. În lipsa unor programe special concepute pentru recuperarea copiilor cu diferite handicapuri aflaţi în familie, responsabilitatea revenea în totalitate părinţilor, obligaţi să asigure pe cont propriu recuperarea micuţului. Cu toate acestea, multe familii nu şi-au abandonat copii bolnavi, petrecând luni şi poate ani în clinicile de recuperare. Nu toţi au avut însă această şansă, iar cei mai puţin norocoşi au sfârşit în diferitele cămine spital pentru irecuperabili ori parţial recuperabili.

Instituţionalizarea putea surveni la vârste diferite. Putem urmări acest aspect analizând un eşantion de 660 de copii care au trecut prin Casa de Copii Şcolari Vaslui în intervalul 1978-1982. Dintre aceştia, 375, respectiv 56,8% intraseră în orfelinatul Vaslui direct din familie, restul, 285, respectiv 43,2%, proveneau din alte instituţii de ocrotire, dintre care 122 de copii fuseseră transferaţi din leagănul Vaslui.

În privinţa copiilor instituţionalizaţi la vârste şcolare, două erau cauzele principale care conduceau la abandon : situaţie materială precară, în special pentru familiile cu mai mulţi copii, şi decesul sau îmbolnăvirea gravă a unuia dintre părinţi. Lipsa posibilităţilor materiale cuprindea o gamă variată de situaţii, exprimate ca atare în registrul de intrări : *părinţii membri CAP[3] nu au condiţii de întreţinere pentru cei şase minori[4]* ; *tatăl bolnav TBC, mama nu lucrează[5]* ; *părinţii nu au condiţii de îngrijire şi educare ale minorului[6]* ; *tatăl alcoolic, mama bolnavă[7]*.

1. *Codul Familiei comentat şi adnotat*, Editura Ştiinţifică, Bucureşti, 1963, art. 102, 103, 104, art. 111, pp. 280-300.
2. Pe lângă diferenţele cantitative, apar şi diferenţieri calitative între persoanele cu deficienţă mintală şi persoanele normale, cu impact negativ asupra procesului de adaptare şi integrare în comunitate a celor cu deficienţă mintală. Printre tulburările care apar în cazul copiilor cu deficienţe psihice se numără şi tulburări somatice. Cele mai importante tulburări somatice sunt deficienţele senzoriale şi motorii, epilepsia şi incontinenţa. Incapacităţile motorii sunt frecvente şi includ spasticitatea, ataxia şi atetoza. Epilepsia este comună printre deficienţii mintali, în special la cei cu grad sever, M. Georgmăneanu, Sabina Roşianu, *Patologia sugarului şi a copilului mic*, Editura Medicală, Bucureşti, 1975, pp. 713-717.
3. CAP reprezintă abrevierea pentru Cooperativa Agricolă de Producţie.
4. SJAN Vaslui, fond Casa de copii Vaslui, dosar 1/1979, f. 17.
5. *Ibidem*, f. 4.
6. *Ibidem*, f. 9
7. *Ibidem*, f. 24.

Mai numeroşi erau însă acei copii daţi spre îngrijire statului ca urmare a pierderii unuia dintre părinţi : *tatăl nu lucrează, mama decedată* ; *părinte decedat, celălalt fără posibilităţi de întreţinere* ; *tată natural* ; *tatăl decedat, mama fără condiţii de creştere şi educare*. Din cazurile studiate s-a observat un grad mai ridicat al abandonului dacă părintele decedat era mama. Aici trebuie subliniat faptul că majoritatea femeilor decedate în urma manevrelor abortive ilegale aveau cel puţin un copil ; pentru intervalul 1966-1989, o aproximare statistică dă cifra de 10.000 de copii rămaşi orfani. Tatăl alegea de multe ori să-şi lase, fie şi temporar, copiii în grija autorităţilor statului. În majoritatea cazurilor era vorba despre familii cu trei sau mai mulţi copii, cu vârsta sub 10 ani. Erau familii în care toţi fraţii ajungeau în instituţii de ocrotire, dar în foarte multe dintre situaţii, victime ale abandonului erau copii cu vârstele cele mai mici, mai ales băieţi. Fetele, în special cele cu vârste de peste 10 ani, preluau responsabilităţile menajului şi îngrijirea fraţilor mai mici.

Aceste caracteristici ale comportamentului abandonului arată că principala cauză pentru apariţia acestui comportament nu era o lipsă de responsabilitate faţă de progenituri, ci răspunsul în faţa unui nivel de trai foarte scăzut. Dificultăţile întâmpinate în asigurarea vieţii de zi cu zi, hrana, îmbrăcămintea, lipsa unui minim de confort precum căldura, apa caldă sau chiar apa curentă şi canalizarea dacă ne referim la mediul rural, determinau mulţi părinţi să renunţe la creşterea propriilor copii.

La fragilitatea familiei contribuiau statutul femeii în societatea românească şi raporturile de gen în cadrul familiei româneşti pentru intervalul avut în vedere. Reprezentând peste jumătate din numărul total al populaţiei, femeile nu puteau lipsi din măreţul planul al construirii socialismului. Femeia încadrată în „câmpul muncii" nu o exclude însă pe femeia-mamă, femeia-soţie, a cărei misiune era consolidarea familiei şi creşterea tinerii generaţii. De aici a rezultat unul dintre coşmarurile femeilor din România, dubla zi de muncă. O normă completă la locul de muncă era urmată de o altă normă în familie, unde femeia „soţie şi mamă" avea responsabilitatea exclusivă a treburile domestice : spălat, gătit, îngrijirea copiilor, a casei. Or, la dispariţia bruscă a mamei, tatăl se arăta prea puţin dispus să-i preia în totalitate îndeletnicirile, preferând ajutorul statului sau al familiei lărgite (bunici, unchi)[1].

Mediul social

În funcţie de mediul de provenienţă, se observă o pondere mai mare a abandonului în mediul rural faţă de oraşe. La nivelul copiilor internaţi în leagăne, pentru anul 1988, statisticile indică un număr de 5.586, (44,1%) care proveneau din mediul urban şi 7.078, (55,8%) din sate şi comune suburbane[2]. În casele de copii, ecartul dintre cele două grupe creştea, ajungând până la doar 22,8% copii proveniţi din mediul urban, respectiv 77,2% din mediul rural[3]. Aceste valori pot fi explicate prin natalitatea mai crescută la sat faţă de oraş, pauperizarea treptată a ţăranului român obligat să lucreze în cadrul CAP, nivel scăzut al calităţii vieţii.

Multe familii, constrânse de problemele financiare să-şi lase copiii în grija statului, vedeau această măsură ca temporară. Nu întotdeauna intenţiile şi planurile părinţilor îşi

1. Vezi Susan Gal, Gail Kligman, *Politicile de gen în perioada postsocialistă*, Editura Polirom, Iaşi, 2003.
2. AMS, fond DAM-OMCT, dosar 9/1988, dosar nenumerotat.
3. SJAN Vaslui, fond Casa de copii Vaslui, dosar 1/1979, ff. 1-32.

găseau împlinirea în viaţa reală. Reintegrarea în familie a minorului depindea în realitate de o serie mai complexă de factori decât simplul echilibru financiar al familiei. Din documente, precum şi din cazurile de abandon studiate, se desprinde un algoritm al reintegrării în familie. Şanse de a reveni în familie aveau mai ales acei copii care nu petreceau de regulă mai mult de doi ani în sistemul de ocrotire. În funcţie de vârsta minorului, proporţiile variau. Din leagăne, într-un singur an, se întorceau în familie până la 2.500 de minori, respectiv 18% din totalul celor internaţi[1]. În casele de copii şcolari şi preşcolari, proporţia scădea simţitor. La casa de copii Vaslui, de exemplu, din cele 660 intrări şi ieşiri pe parcursul a patru ani, au fost înregistrate doar 39 de cazuri în care minorii s-au întors în familie. Printre aceştia s-au numărat şi fraţii Dascălu : Vasile, Petronela, Anton, Constanţa şi Gheorghe, care, după decesul mamei în anul 1978, sunt internaţi la Casa de Copii Vaslui. La acel moment, cel mai mare dintre fraţi avea 12 ani, cel mai mic 3. Şansa a fost de partea lor căci, chiar dacă au fost instituţionalizaţi timp de trei ani, la cererea expresă a familiei, ei au revenit alături de tatăl lor. Pentru intervalul 1978-1982, cazul lor este unic. Şi mai grav era faptul că, deşi fraţii ajungeau împreună la aceeaşi instituţie de ocrotire, ulterior erau despărţiţi, fără ca această măsură să aibă la bază un motiv bine precizat. Răspândirea minorilor în instituţii diferite, poate mai îndepărtate de domiciliul părinţilor, favoriza ruptura definitivă între familie şi copiii asistaţi[2].

Şansa minorilor de a creşte într-o familie mai putea fi asigurată prin adopţie. Din păcate unele lacune ale legislaţiei îngreunau mult procedurile. Legea nu prevedea un termen fix la scurgerea căruia părinţii naturali puteau fi decăzuţi din drepturile asupra minorilor. Copilul nu devenea adoptabil decât în momentul în care părinţii naturali îşi dădeau acordul în acest sens[3]. Depistarea familiei naturale şi obţinerea acordului putea dura chiar şi ani întregi. În tot acest timp minorul rămânea în grija statului, iar şansa dezvoltării diferitelor deficienţe creştea direct proporţional cu durata instituţionalizării. Dacă luăm în calcul şi faptul că majoritatea cuplurilor preferau copii cu vârste foarte mici, de obicei sub un an, se poate lesne înţelege de ce ponderea adopţiilor finalizate raportată la numărul total al minorilor instituţionalizaţi era extrem de mică. Anual nu se realizau mai mult de 450 de adopţii pentru copii cu vârsta 0-3 ani[4]. Cifrele scădeau dramatic pentru copiii cu vârste mai mari, ajungând la 100-150 de adopţii anual.

Deşi numărul adopţiilor interne nu era deloc încurajator, autorităţile comuniste nu aveau nicio politică susţinută pentru încurajarea adopţiilor internaţionale. Interes din partea diferitelor ţări exista, cele mai multe familii dornice să înfieze copii români provenind din Franţa şi Israel. Adopţiile internaţionale pentru Franţa au fost deschise în 1982. Între 1982 şi 1987, 500 de copii români au fost adoptaţi de familii franceze. Începând cu anul 1987, a survenit un blocaj la nivelul legăturilor între autorităţile franceze şi cele româneşti[5] . Deşi procedurile de adopţie erau finalizate, din motive încă

1. AMS, fond DAM-OMCT, dosar 9/1988, dosar nenumerotat.
2. SJAN Vaslui, fond Casa de copii Vaslui, dosar 1/1979, ff. 1-32.
3. *Codul Familiei comentat şi adnotat*, Editura Ştiinţifică, Bucureşti, 1963, art. 103, 104, pp. 286-287.
4. AMS, fond DAM-OMCT, dosar 9/1988, nenumerotat.
5. HU OSA 300-60-1, Fond Records of Radio Free Europe/Radio Liberty Research Institute (RFE/RL RI), sub fond Romanian Unit, seria Subject Files, cutia 665, dosarul Population – Children 1984-1991.

neelucidate, familiilor adoptive le era interzis să scoată copii, din ţară şi chiar să intre în contact direct cu aceştia. În 1989, 83 de părinţi adoptivi francezi au sesizat autorităţile franceze în privinţa faptului că nu-şi puteau aduce în Franţa copiii adoptaţi deja din România. Pentru ieşirea din această criză a fost solicitat sprijinul preşedintelui francez de la acea oră, François Mitterrand. Pe 22 martie 1989 s-a convocat o întrunire a unei comisii mixte franco-române special creată pentru a soluţiona problema adopţiilor[1]. Rezolvarea a venit însă doar după evenimentele din decembrie 1989.

Condiţiile de îngrijire oferite copiilor în cadrul diferitelor instituţii de ocrotire

Baza materială

După adoptarea Decretului nr. 770/1966, autorităţile comuniste, deşi luate prin surprindere de numărul mare de naşteri, au elaborat totuşi un plan de îmbunătăţire a bazei materiale pentru leagănele de copii, în special creşterea locurilor prin construirea de noi locaţii. Până în 1970, opt noi instituţii trebuiau ridicate ; iar la nivelul întregii ţări numărul locurilor trebuia mărit printr-o utilizare mai judicioasă a spaţiilor deja repartizate leagănelor. Ulterior, ritmul de creştere a numărului construcţiilor noi pentru leagăne a scăzut, până în 1982 fiind ridicate încă opt construcţii. Între 1982 şi 1988, un singur leagăn a fost construit. Din 32 de leagăne nou înfiinţate în intervalul 1967-1989, 17 erau construcţii noi, restul fiind clădiri mai vechi a căror destinaţie a fost schimbată în scopul găzduirii micuţilor cu vârste cuprinse între 0 şi 3 ani[2]. O situaţie similară era întâlnită şi în cazul caselor de copii şi al şcolilor speciale. Clădiri noi au fost construite doar acolo unde natalitatea era mai ridicată.

Noile sedii erau amplasate în mare parte din cazuri în cartierele mărginaşe ale localităţilor care le găzduiau. În oraşul Vaslui, casa de copii ocupa un corp de clădire la acelaşi număr cu penitenciarul din localitate, şcoala specială şi secţia de distrofici şi erau amplasate la periferia oraşului, dincolo de gardul acestora întinzându-se doar culturile de viţă-de-vie specifice regiunii. Situaţia se repeta şi în cazul celorlalte instituţii de „ocrotire" din judeţ. Alegerea unor astfel de amplasamente „strategice" făcea ca de cele mai multe ori localnicii să ignore existenţa acestor instituţii şi cu atât mai puţin să cunoască condiţiile în care trăiau şi erau educaţi minorii instituţionalizaţi.

Dotările indispensabile funcţionării oricărei instituţii şi cu atât mai mult al unei instituţii de ocrotire pentru minori erau de cele mai multe ori necorespunzătoare. Din totalul de 64 de clădiri existente în 1982, 11 aveau încălzire cu lemne, 8 leagăne nu beneficiau de apă caldă curentă, 16 nu aveau duşuri pentru copii. Spălătoriile, toate subdimensionate faţă de necesarul real, erau mecanizate doar în 20% dintre leagăne. 22 dintre leagăne nu aveau uscătorii, iar în 18 unităţi lipsea călcătoria. Circuitul elementar la bucătării era necorespunzător în 19 leagăne. În 14 unităţi nu exista deloc bloc alimentar, iar 17 nu deţineau spaţii pentru depozitarea deşeurilor. Chiar şi în documentele Ministerului

1. *Ibidem*.
2. AMS, fond DAM-OMCT, dosare 9/1982, 9/1988, nenumerotate.

Sănătăţii se fac precizări cu privire la starea deplorabilă a mobilierului şi insuficienţa acestuia în raport cu numărul copiilor găzduiţi. O imagine mai clar conturată a fost oferită de reportajele realizate în orfelinatele româneşti imediat după înlăturarea regimului comunist. Fără excepţie, materialele jurnaliştilor, atât români, dar mai ales străini, scriu şi oferă imaginile unor spaţii insalubre, întunecoase, extrem de murdare, în care mucegaiul era omniprezent. Atenţia ziariştilor s-a concentrat pe leagănele de copii şi căminele-spital pentru deficienţi. De aici provine şi imaginea recurentă a copiilor îmbrăcaţi în zdrenţe, lăsaţi să zacă în pătuţuri ruginite, fără căldură, subnutriţi. Mizeria era stăpână absolută pe podele, mobilier, saltele, lenjeria şi hainele copiilor. La Cighid[1], cămin-spital în judeţul Bihor care adăpostea 100 de copii din categoria „irecuperabililor" nu existau sursă de încălzire, apă caldă, duşuri pentru copii. Spălătoria era limitată la o singură maşină de spălat. Situaţiile de acest fel erau cunoscute şi la nivelul conducerii Ministerului Sănătăţii, unde diferite raportări vorbeau despre insuficienta preocupare pentru efectuarea şi menţinerea curăţeniei corporale a copiilor, a curăţeniei echipamentului şi cazarmamentului, spaţiilor de depozitare a alimentelor, a grupurilor sanitare.

Dintre numeroasele lipsuri, efecte dintre cele mai grave prin severitatea şi urmările îmbolnăvirilor pricinuite le avea lipsa încălzirii. Numeroase note de control menţionează temperaturile total necorespunzătoare pentru colectivităţile de copii. Această realitate era la fel de valabilă la spitalul Colţea, în plin centru al capitalei României, cât şi Drobeta-Turnu Severin. La casa de copiii din Oinacu, judeţul Giurgiu, în luna martie, temperatura din clădire era de 10 grade Celsius, mai scăzută decât cea exterioară. Recordul negativ a fost înregistrat la leagănul din Botoşani în iarna lui 1988, şi anume 6 grade Celsius[2].

Îngrijire medicală

În 1982, Ministerul Sănătăţii raporta că îngrijirea medicală a copiilor din leagăne la nivel naţional era asigurată cu 190 de medici, 1.370 de infirmiere şi 1.540 cadre sanitare medii, 30 de psihologi, 7 logopezi şi 30 de educatoare[3]. În 1988, asigurarea cadrelor medicale în leagăne nu se mai ridica la standardele impuse de lege : pe 259 posturi normate pentru medici erau încadraţi doar 154, din 146 de posturi pentru logopezi, biologi şi psihologi erau ocupate doar 95. La 2.284 de posturi normate pentru cadrele medii erau ocupate 1.885. Singura categorie în care se înregistra un surplus infim de personal erau infirmierele, unde erau încadrate 1.738 de persoane faţă de 1.725 de posturi normate[4]. Conducerea Ministerului Sănătăţii a informat despre acest deficit şi despre efectele asupra copiilor instituţionalizaţi, mai precis carenţe în îngrijirea şi alimentaţia copiilor care influenţau negativ dezvoltarea fizică şi neuropsihică, efectuarea sumară sau superficială a examenelor periodice şi de bilanţ, astfel că numărul deficienţelor

1. HU OSA 300-60-1, Fond Records of Radio Free Europe/Radio Liberty Research Institute (RFE/RL RI), sub fond Romanian Unit, seria Subject Files, cutia 665, dosarul Population – Children 1984-1991.
2. AMS, fond DAM-OMCT, dosar 9/1988, nenumerotat.
3. AMS, fond DAM-OMCT, dosar 9/1982, nenumerotat.
4. AMS, fond DCCPI, dosar 9/1988, nenumerotat.

şi handicapurilor nerecuperabile nu doar că se menţineau, dar deveneau chiar mai numeroase. Era incriminată lipsa de preocupare a educatoarelor din grădiniţe şi casele de copii în vederea formării unor priceperi şi deprinderi igienico-sanitare de autoservire şi de ordine la copiii de grupă mică, 3-4 ani, precum şi lipsa de sprijin pentru preşcolarii cu ritmuri mai lente în dezvoltarea unor capacităţi intelectuale[1].

În casele de copii se făcea simţită mai ales lipsa educatorilor, învăţătorilor şi profesorilor. Casa de copii Vaslui asigura activitatea didactică pentru 305 copii, începând cu grupa mică şi până la clasa a IX-a inclusiv. Din 35 de posturi normate, însumând educatori, învăţători şi profesori, doar 12 erau ocupate cu titulari, restul de 23 fiind vacante. Din acestea, 13 erau posturi de educatori preşcolari şi şcolari. În ciuda dificultăţii de a obţine un post de titular în oraş, cadrele didactice se pare că ocoleau posturile în casele de copii. Activitatea didactică era asigurată cel mai adesea prin suplinire. Nici puţinii titulari regăsiţi în documente nu păreau mai dedicaţi cauzei, activitatea într-o casă de copii fiind considerată mai degrabă un compromis al tinereţii, un accident de parcurs care era remediat de îndată ce se ivea oportunitatea transferului într-o altă şcoală, fie ea şi una la periferia oraşului[2]. Soluţia găsită de autorităţi era înlocuirea, fie chiar temporară, a personalului calificat cu elevele şi elevii liceelor sanitare şi pedagogice. În programul de pregătire practică a celor două specializări se menţiona un stagiu obligatoriu în leagăne, creşe şi case de copii.

Condiţii de trai : hrană, căldură

Una dintre constatările făcute imediat după revoluţie în diferitele instituţii de ocrotire, în special leagăne şi cămine-spital, era calitatea slabă a hranei servite copiilor. Absolut toate relatările amintesc un terci care le era dat copiilor de vârstă mică şi alimente de o calitate nutritivă îndoielnică celor mai mari, bazată pe consumul excesiv de carbohidraţi şi lipide. Un exemplu în acest sens este căminul-spital de la Turnu Roşu, care găzduia doar fete cu diferite handicapuri. Aici meniul zilnic era extrem de limitat şi monoton, bazat pe consumul de pâine cu diferite preparate din carne de calitate inferioară (cârnaţi, carne grasă). În planurile de activitate ale Ministerului Sănătăţii se făceau întotdeauna recomandări cu privire la calitatea meniului servit în instituţiile de ocrotire, accentul fiind pus pe consumul de produse lactate, ouă, fructe. La întrebarea dacă aceste recomandări erau traduse în realitate răspund cele 5.283 cazuri de distrofie, depistate şi dispensarizate într-un singur an 1988[3], provenind din leagăne, instituţii care la acel moment aveau o capacitate declarată de 13.878 de locuri. Meniul diversificat asigurat de statul comunist român făcea ca, în medie, 38% din copiii cu vârste între 0-3 ani aflaţi în instituţiile de „ocrotire” să sufere de o tulburare cronică de nutriţie care avea drept efect alterarea structurii unui ţesut, a unui organ, a unui sistem sau întreg organismului. La Iaşi, echipa de control a Ministerului Sănătăţii cerea ferm autorităţilor locale combaterea cu eficienţă a rahitismului, distrofiei şi anemiei în colectivităţile de copii. Se solicita „îmbunătăţirea reală” a aprovizionări cu lapte praf. Dacă acest deziderat nu putea fi

1. AMS, fond DAM-OMCT, dosar 9/1982, nenumerotat.
2. SJAN Vaslui, fond Casa de Copii Vaslui, dosar 22/1978, f. 62.
3. Vezi pagina 227.

îndeplinit în ciuda eforturilor depuse, inspectorul cerea să fie asigurat prin toate mijloacele „măcar jumătate de litru de lapte de vacă”[1]. La Ploieşti erau cerute de asemenea măsuri speciale pentru aprovizionarea cu întreaga cantitate de lapte praf necesară, aproximativ 70 de tone lunar, dar şi aprovizionarea unităţilor de ocrotire cu preparate de lapte dietetice cu rol terapeutic. Numărul mare de distrofici prezenţi în leagănul Ploieşti, coroborat cu cantitatea şi calitatea insuficientă de alimente disponibile, au determinat corpul medical să solicite autorităţilor locale aprovizionarea preferenţială cu alimente pentru această instituţie[2]. În aceeaşi perioadă la Botoşani era semnalată absenţa desăvârşită din meniul copiilor din leagăn a produselor pe bază de ouă, carne, brânză, unt, dar şi aprovizionarea deficitară cu produse dietetice[3]. La spitalul Vadu Lat din judeţul Giurgiu, unde existau, pe lângă copiii abandonaţi de părinţi (cazuri sociale), şi o secţie de distrofici, s-au constatat, în urma unui control efectuat în august 1987 lipsa şi/sau elaborarea greşită a unor planuri de recuperare, prescrierea unor diete inadecvate, neconcordanţe între datele înscrise în foaia de observaţie şi condica de alimentaţie a bucătăriei dietetice, nefolosirea pentru o lungă perioadă a proteinei provenite din carne, deşi, paradoxal, nota de control preciza cu un ton plin de reproş că „în frigider se află o pasăre congelată”. Această pasăre, bun rar şi bine preţuit, trebuia să contribuie la refacerea deficitului de nutriţie a 20 de copii internaţi în secţia de distrofici, fiind în acelaşi timp hrană a încă 19 copii abandonaţi în spital[4]. Lipsuri se înregistrau şi la leagănul Galaţi unde era semnalată folosirea „unei game dietetice foarte monotone”, precum şi faptul că aprovizionarea cu produse lactate dietetice şi carne de vacă nu era asigurată pentru continuitatea în atitudinea terapeutică a copiilor suferind de malnutriţie[5].

În casele de copii, cel puţin conform documentelor contabile care girau aprovizionarea cu alimente, situaţia era cu mult mai bună. Pentru fiecare copil preşcolar instituţia de ocrotire primea 11 lei, contravaloarea atribuită a raţiei zilnice de hrană. Pentru copiii şcolari această sumă creştea la 14 lei[6]. Chiar dacă liste cu meniurile servite în casele de copii nu s-au păstrat în majoritatea cazurilor, deţinem totuşi inventare ale produselor alimentare achiziţionate în diferite perioade. Din felul în care era întocmită documentaţia se observă grija permanentă atât a contabililor, cât şi a celor responsabili cu achiziţionarea produselor alimentare de a se încadra în sumele prevăzute de lege. Aflăm astfel că, pentru luna august 1978, o instituţie care avea în grijă 300 de copii a achiziţionat: cartofi (480 kilograme), fasole uscată (54 kilograme), ceapă (119 kilograme), fasole tăiate (37 de cutii), jumări (12 kilograme), lapte praf (26 kilograme), mazăre fină (22 de cutii), morcov (124 kilograme), orez (9 kilograme), paste făinoase (6 kilograme), pâine neagră (32 kilograme), ulei (303 litri), untură de porc (24,5 kilograme), zahăr (100 kilograme), zarzavat ciorbă (300 kilograme), carne de porc (90 de kilograme). Erau achiziţionate şi condimente precum piper boabe, foi de dafin, ienibahar. Simţim mirosul de prăjituri la vederea, pe lista cumpărăturilor, a zahărului vanilinat (202 pliculeţe), scorţişoarei (20 de pachete), rahat (10 kilograme), praf de copt (22 de plicuri), nuci (4 kilograme),

1. AMS, fond DAM-OMCT, dosar 20/1987, nenumerotat.
2. AMS, fond DAM-OMCT, dosar 9/1988, nenumerotat.
3. AMS, fond DAM-OMCT, dosar 10/1988, nenumerotat.
4. AMS, fond DAM-OMCT, dosar 5/1987, nenumerotat.
5. *Ibidem*.
6. SJAN Vaslui, fond Casa de copii Tălăşmani, dosar 2/1966, ff.1-4.

56 de borcane de gem. Potenţialele dulciuri produse în bucătăria proprie erau completate cu zaharicale din comerţ, astfel încât au mai fost cumpărate 10 kilograme de caramele, 569 bucăţi de napolitană, 5 sticle cu sirop. Lista era completată cu importante cantităţi de ceai, dar şi cafea, destinată probabil micuţilor mai vicioşi[1].

În documentele consultate nu era menţionată achiziţionarea de ouă, orice tip de brânză, peşte ori carne în afara celei de porc. Din cantităţile de alimente cumpărate se poate uşor desprinde un meniu bazat pe consumul de legume (cartofi, fasole, mazăre). Singurul tip de carne era cea de porc. Surse importante de proteine precum ouăle sau peştele cu siguranţă erau mai rare în meniul copiilor. O altă absenţă ce trebuie remarcată este cea a fructelor. Putem totuşi presupune că acestea nu erau achiziţionate lunar, ci se consumau de preferinţă fructele de sezon. Chiar dacă alimentaţia în casele de copii pare mai bogată decât cea asigurată în leagăne, meniul oferit micuţilor nu excela prin calităţile nutritive sau diversitate.

O altă imagine tulburătoare a orfanilor români îi prezintă îmbrăcaţi mai mult în zdrenţe decât în haine sau chiar pe jumătate dezbrăcaţi şi înveliţi în pături murdare ce ţineau locul lenjeriei, pantalonilor sau puloverelor. Despre îmbrăcămintea copiilor din leagăne documentele vorbesc prea puţin. Pentru cei mai mari însă, diferitele ministere impuseseră reguli stricte, menite să ofere orfanilor „îmbrăcăminte cât mai adaptată şi variată ca modele şi paletă coloristică, specifică vârstei şi sexului". Iată deci că într-o Românie în care nici copiii aflaţi în familie nu beneficiau de o abundenţă vestimentară, şi uneori nici chiar de strictul necesar, minorii încredinţaţi statului nu ar fi trebuit să cunoască astfel de lipsuri.

Inventarele hainelor copiilor şi cazarmamentului din leagăne nu lasă impresia unei varietăţi în modele şi culori, ci mai degrabă o acoperire a necesităţilor imediate. Lenjerie de corp, cămăşi de noapte, cămăşi atât pentru băieţi, cât şi pentru fete, pantaloni, rochiţe în număr de 163 la aproximativ tot atâtea fete, rochiţe de serbare în număr de patru, fuste, îmbrăcăminte sport. Pentru sezonul rece erau achiziţionate paltoane de lână, haine de velur, mănuşi, căciuli şi fulare de lână. Erau achiziţionate şi cantităţi destul de însemnate de metraje, în special doc şi finet[2]. Diversitatea nu se observă nici la nivelul feluritelor obiecte vestimentare, nici în paleta cromatică prezentă. Cazarmamentul conţinea de asemenea strictul necesar : lenjerie de pat, plapumi, perne, pături, draperii, feţe de masă, covoare de iută[3]. Cifrele nu vorbesc însă despre calitatea acestor produse, gradul de uzură şi ritmicitatea înlocuirii lor.

Inventarele menţionează şi existenţa jucăriilor. Din înşiruire ies în evidenţă „casa păpuşii" şi „bucătăria păpuşii", jucării emblematice pentru fiecare copil al acelor ani, fiecare în câte un exemplar la peste 100 de potenţiali beneficiari[4]. Pentru o dezvoltare intelectuală cât mai normală, copii beneficiau şi de bibliotecă. Cele 408 volume aflate în biblioteca Casei de Copii Vaslui conţineau, alături de cărţile clasice ale copilăriei, şi titluri importante ai clasicilor români şi ruşi. Sunt de remarcat însă volumele cu rol educativ precum *Croitoria pentru copii* sau *Cine ştie ?* [5].

1. SJAN Vaslui, fond Casa de copii Tălăşmani, dosar 16/1978, ff. 5-12.
2. SJAN Vaslui, fond Casa de copii Vaslui, dosar 7/1979, ff. 36-39.
3. *Ibidem*, ff. 38-39.
4. *Ibidem*, f. 40.
5. *Ibidem*, ff. 41-42.

Condiţiile oferite în cadrul diferitelor instituţii de ocrotire influenţau sub diverse forme evoluţia copiilor aflaţi în grija sistemului de protecţie girat de statul comunist român. O bună îngrijire, cât mai apropiată de condiţiile din familie, ar fi reprezentat garanţia unei evoluţii relativ normale pentru copilul instituţionalizat. Nerespectarea acestei relative normalităţi risca să aibă repercusiuni grave sau foarte grave, în funcţie de vârsta copilului instituţionalizat. Condiţiile de viaţă mai mult decât neadecvate unei dezvoltări psihofizice propice vârstei şi potenţialului copiilor insituţionalizaţi, lipsa unui mediu individualizat, securizat, rigiditatea în activitatea pedagogică, insuficienţa şi (sau) neprofesionalismul personalului, discriminarea şi marginalizarea copiilor instituţionalizaţi, lipsa de suport social după ieşirea din aceste instituţii, coroborate, conduc la o evoluţie nefavorabilă a copilului instituţionalizat în România comunistă.

Consecinţe

În România, copiii aflaţi în grija sistemului de ocrotire al statului în timpul regimului comunist au fost victimele consecinţelor instituţionalizării, prezentând întreaga gamă a simptomatologiei. Concret, consecinţele asupra minorilor sunt complexe : disfuncţii somatice (întârzieri/deficienţe în dezvoltarea fizică normală, probleme medicale de o gravitate mai mică sau mai mare, îmbolnăviri, handicapuri, deficienţe, chiar moartea), tulburări ale comportamentului alimentar (bulimia, anorexia), tulburări ale somnului (hipersomnie, somnolenţă, insomnie, coşmaruri, retrăirea traumei în timpul somnului), perpetuarea comportamentului abuziv, comportament agresiv faţă de sine (automutilare, tentative de suicid, consum exagerat de alcool/droguri, căutarea riscului), comportament agresiv faţă de alţii (acte violente, antisociale – agresiuni, tâlhării, violuri, furturi, limbaj agresiv, violent, vulgar), tulburări în sfera afectiv-emoţională (impulsivitate, violenţă, depresie şi izolare socială, neîncredere în sine şi în ceilalţi, labilitate psihoemoţională, culpabilizare, anxietatea, formarea unei imagini de sine negative, scăderea, deteriorarea stimei de sine, devalorizarea personală), tulburări de adaptare, integrare şi relaţionare socială (deteriorarea relaţiilor sociale, conflicte sociale, izolare socială, degradare morală şi socială, comportament sociopat deviant, delincvenţă, acte antisociale, infracţionalitate)[1].

Copiii aflaţi în grija orfelinatelor româneşti nu au fost feriţi de consecinţele instituţionalizării, dintre acestea, disfuncţiile somatice fiind de departe cele mai grave prin efectele în timp şi dificultatea corectării deficienţelor cauzate.

Întârzieri în dezvoltare

Normele Ministerului Sănătăţii în privinţa activităţii de ocrotire, îngrijire şi asigurare a sănătăţii copiilor din creşe şi leagăne acordau o atenţie deosebită anumitor aspecte precum : asigurarea unui program educativ complex adaptat fiecărei grupe de vârstă, stimularea dezvoltării sănătoase a copiilor şi promovarea unei educaţii adecvate vârstei pentru însuşirea deprinderilor igienice şi de comportament social, acordarea îngrijirii

1. Ionel Brătianu, Cristinel Roşca, *Copilul instituţionalizat între protecţie şi abuz*, Editura Lumen, Bucureşti, 2005.

medicale şi asigurarea măsurilor necesare pentru prevenirea şi combaterea bolilor, în special ale celor transmisibile, asigurarea unei alimentaţii raţionale şi individualizate, promovarea de mijloace şi materiale specifice pentru creşterea rezistenţei şi întărirea organismului copiilor[1]. În paralel, buletinele de analiză ale ministerului privind modul în care erau asigurate îngrijirile medicale în leagăne conţineau raportări contradictorii, chiar şi în interiorul aceluiaşi document. Dacă în prezentarea generală a documentului se arăta că situaţia generală s-a îmbunătăţit, fiind iniţiate acţiuni complexe care au permis recuperarea completă a cazurilor care au necesitat recuperare, iar alţi copii au fost trimişi în sanatorii pentru tratarea unor afecţiuni cronice sau în colonii pentru recreere şi activitate instructiv-educativă, la distanţă de doar două paragrafe se preciza însă că deficitul de personal la nivel naţional, în special de cadre medii, determina carenţe în îngrijirea şi alimentaţia copiilor, influenţând negativ dezvoltarea fizică şi neuropsihică a unora dintre ei. Mai mult, se precizează că prin neaplicarea corectă a prevederilor privind condiţiile de îngrijire ale copiilor instituţionalizaţi, se menţineau şi apăreau „noi deficienţe şi *handicapuri nerecuperabile*". Principalul inconvenient al acestei situaţii, în viziunea reprezentanţilor Ministerului Sănătăţii, era imposibilitatea efectuării transferurilor copiilor către instituţiile abilitate la împlinirea vârstei de 3 ani şi, în consecinţă, supraaglomerarea leagănelor. Nicio voce nu reclama consecinţele asupra viitorului micuţilor căzuţi victime ale neglijenţei şi lipsei de responsabilitate a organelor de conducere din instituţiile de ocrotire[2].

În leagănul din municipiul Drobeta-Turnu Severin, echipa de control deplasată în aprilie 1987 a constatat serioase întârzieri în dezvoltarea normală a copiilor internaţi aici. Indicaţiile au fost să se treacă de urgenţă la evaluarea dezvoltării neuropsihomotorii. Pentru întreg personalul medical din instituţiile de ocrotire a fost dispusă măsura perfecţionării profesionale prin schimburi de experienţă cu unităţi recunoscute pentru rezultatele bune obţinute, aşa-numitele unităţi-etalon, dar şi prin frecventarea unor cursuri de perfecţionare, având ca temă prevenirea instalării tulburărilor de comportament la copilul instituţionalizat cu vârsta între 1-4 ani[3]. Abateri asemănătoare erau semnalate în acelaşi an şi la Galaţi, unde a fost constatată lipsa oricărei preocupări a personalului medical din leagăn şi în special din secţia de distrofici pentru stimularea şi dezvoltarea neuropsihiatrică, copiii fiind ţinuţi în permanenţă în pat. Aceeaşi situaţie era constatată şi în leagănul din Tecuci, unde, deşi instituţia beneficia de personal medical suficient, starea de sănătate a copiilor nu era cunoscută în momentul controlului, iar preocupările pentru dezvoltarea psihomotorie a copiilor erau cel mult sporadice. Problema slabei pregătiri, dar şi a lipsei de interes din partea personalului medical a fost ridicată de reprezentanţii Ministerului Sănătăţii şi cu privire la leagănul din Giurgiu. La momentul controlului, în martie 1987, cei doi medici încadraţi în respectiva instituţie nu cunoşteau atributele specifice activităţii în leagăn. Ansamblul acţiunilor care le-au fost imputate sugerau o preocupare superficială pentru parcursul minorilor : externarea copiilor în familie fără o anchetă socială, fără încheierea documentaţiei medicale privind starea lor de sănătate şi cu atât mai puţin în lipsa deciziei comisiei abilitate în acest sens la nivel judeţean. Activitatea de recuperare a copiilor cu deficienţe lipsea cu desăvârşire la

1. AMS, fond DAM-OMCT, dosar 9/1982, nenumerotat.
2. *Ibidem*.
3. *Plan de măsuri privind îmbunătăţirea indicilor sanitari ai judeţului Mehedinţi*, AMS, fond DAM-OMCT, dosar 18/1987, nenumerotat.

nivelul leagănului, cei doi medici preferând, în locul unor măsurilor adecvate, transferarea cazurilor-problemă către căminul-spital mai apropiat[1]. Existau şi colectivităţi în care, deşi erau sesizate unele abateri, programul de stimulare fizică şi neuropsihică era judicios întocmit şi corect aplicat. Este cazul judeţelor Hunedoara sau Teleorman, unde echipele de control au constatat existenţa preocupărilor pentru dezvoltarea psihomotorie a copiilor[2]. În leagănul Piteşti, deşi clădirea veche care găzduia instituţia nu asigura un mers normal al circuitelor funcţionale, reprezentanţii ministerului au constatat o preocupare din partea conducerii pentru activitatea de recuperare a copiilor din leagăn. Periodic erau deplasaţi medici de specialitate din secţia de recuperare şi balneofizioterapie din dispensarul de pediatrie în vederea recuperării retardului motor[3]. Această acţiune era completată cu programele de recuperare neuropsihică întocmite şi aplicate de către psiholog. La polul opus era leagănul de copii din Călăraşi unde, în ciuda condiţiilor bune ce ar fi permis personalului medical prevenirea apariţiei diferitelor deficienţe, copiii internaţi erau evident neglijaţi. Diferitele cazuri de îmbolnăvire erau trimise către secţia de pediatrie fără o verificare prealabilă judicioasă a stării de sănătate. Fişele medicale nu erau completate, astfel încât nu se cunoştea, nici diagnosticul şi nici evoluţia stării de sănătate a minorilor internaţi în secţia de pediatrie. Aceeaşi constatare a fost făcută şi pentru fişele minorilor prezenţi în leagăn. Deşi medicul director era neuropsihiatru, nu era consemnată la toţi copiii evoluţia psihomotorie şi nu se efectuau examenele neurologice în cazurile care le necesitau[4]. În 1987 leagănul nr. 1 din Botoşani se confrunta cu o acută lipsă de personal medical, dintre cei trei medici repartizaţi în această situaţie, doar unul fiind efectiv în activitate. Numărul scăzut al cadrelor medicale, dar şi fluctuaţia acestora au avut drept repercusiune o scădere dramatică a calităţii îngrijirii medicale asigurate copiilor. Evoluţia acestor copii era urmărită formal în fişele medicale individuale – apariţia eventualelor handicapuri sau deficienţe nu a fost depistată şi ca atare a fost ignorată de personalul medical. Pentru aceste cazuri nu se realiza nicio minimă tentativă de recuperare.

Constatările făcute de autorităţile sanitare în timpul diferitelor controale în ţară sunt completate într-un mod mult mai realist şi din păcate mai tragic de reportajele realizate în diferite instituţii de ocrotire realizate imediat după căderea regimului comunist. Fără excepţie, persoanele care au vizitat mai ales căminele-spital au menţionat lipsa oricăror îngrijiri medicale de care copiii internaţi aici ar fi avut nevoie. Cu atât mai puţin au existat unele programe speciale de prevenire şi recuperare psihomotorie. La Păstrăveni, atât imaginile surprinse în timpul diferitelor reportaje, cât şi mărturiile diferiţilor voluntari ajunşi aici în vara lui 1990, vorbesc despre copii incapabili să comunice. Isterici la vederea apei, veşnic temători să nu-şi piardă hăinuţele primite, micuţii erau incapabili să mănânce, să se îmbrace, să vorbească. Principala cauză pentru starea deplorabilă a copiilor instituţionalizaţi o constituia, în opinia tuturor persoanelor care au fost interesate de cazul Păstrăveni, indolenţa conducerii instituţiei, coroborată cu lipsa oricărei îngrijiri medicale. Vorbind despre copiii de la Păstrăveni, unul dintre voluntari declara :

1. *Notă de control*, AMS, fond DAM-OMCT, dosar 5/1987, nenumerotat.
2. AMS, fond DAM-OMCT, dosar 9/1988, nenumerotat.
3. *Notă de îndrumare, control şi sprijin, privind asistenţa materno-infantilă în judeţul Argeş*, AMS, fond DAM-OMCT, dosar 19/1987, nenumerotat.
4. *Ibidem*.

> Copiii zac în propria lor urină şi în excremente. Nu sunt niciodată îngrijiţi medical în niciun fel, când sunt bolnavi nu li se face nimic. Dacă eşti doctor şi îţi iei în serios îndatoririle medicale, nu laşi să se ajungă la o astfel de stare de gravitate în cămin… Am mai văzut că surorile şi educatoarele nu făceau nimic. Când oamenii noştri din München se ocupau de copii ori le schimbau lenjeria ori aşternuturile, angajatele şi angajaţii români stăteau pur şi simplu pe scaun cu mâinile în sân. Cei mai mulţi dintre salariaţi sunt angajaţi pentru 8 ore pe zi, dar ei nu se ocupă decât câteva minute de copii. În rest se amuză între ei, beau cafea, se îndeletnicesc cu alte lucruri. Pe scurt, îţi stârnesc indignarea[1].

Situaţii identice au fost constatate şi în alte instituţii de ocrotire, precum căminul-spital pentru fete de la Turnu Roşu, casele de copii Sfânta Ecaterina, din Bucureşti, Sighetul Marmaţiei, Plătăreşti, în apropierea capitalei Bucureşti, Predeal sau Cighid în judeţul Bihor. Cel din urmă exemplu a fost poate primul, dar şi cel mai mediatizat caz de neglijenţă criminală în interiorul sistemului de protecţie a copiilor instituţionalizaţi în România comunistă. Jurnaliştii de la *Der Spiegel*, în articolul „Noaptea Civilizaţiei”, descriu experienţa trăită cu ocazia vizitării căminului-spital de la Cighid :

> În interior, pe parchetul care între timp e ca o scândură neagră, unul alături de altul, paturi metalice de campanie, unul mai ruginit decât celălalt... în acest sălaş mizerabil trăiesc zi şi noapte copilaşi – cei mai mici au trei ani. Unii privesc fără privire, alţii se ridică şi se lasă pe vine în pătuţuri, ţinându-se de marginea metalică, alţii îşi lovesc fără încetare capul de bară. Nimeni nu poate şti cât de bolnavi au fost copiii de la Cighid înainte de a ajunge aici sau, pentru că se află acolo, într-un loc atât de bolnav. Faptul că o fetiţă se plesneşte încontinuu cu mânuţele peste urechi, sângerând pe una dintre tâmple, nu poate fi normal. Dar nu e normal nici faptul că de acest copil nu se ocupă nimeni... Noua doctoriţă, Angela Cartiş, a certificat 5 cazuri mortale şi apoi a dispărut. Acum a preluat comanda sora-şefă Rozalia Csabai, 34 de ani. N-o interesează decât să plece cât mai repede de aici şi să emigreze în Ungaria. Lucrează în fiecare zi a săptămânii până la ora 15 împreună cu încă un cadru medical. După-amiaza şi noaptea întreg „spitalul” este supravegheat doar de una dintre celelalte trei surori medicale şi unul dintre cei doi îngrijitori[2].

Pentru toate cazurile în care erau constatate astfel de abateri grave de la orice deontologie a profesiei medicale, cauzele erau mereu aceleaşi, lipsa de personal sau slaba pregătire profesională, lipsa unei baze materiale corespunzătoare, dar şi lipsa celor mai elementare condiţii de trai (apă, căldură). Lipsa programelor de prevenţie şi recuperare a diferitelor dizabilităţi preexistente ori apărute în timpul instituţionalizării este încă o dată subliniată de cifrele Ministerului Sănătăţii, care a înregistrat doar în anul 1987 un număr de 1.267 dispensarizaţi pentru deficienţe mintale şi 316 pentru deficienţe motorii. După cum afirma contabilul-şef de la Cighid : „redactorii străini trebuie totuşi să înţeleagă că în acest cămin sunt adăpostiţi doar aceia care pentru statul nostru, cum să spun, nu au niciun fel de trebuinţă”. Absenţa aplicării corecte a planurilor de recuperare a deficienţelor psihomotorii reprezenta doar o treaptă în acest plan. O altă consecinţă o reprezentau diferitele îmbolnăviri şi infecţii cauzate în principal de supraaglomerarea spaţiilor în care erau găzduiţi copii.

1. HU OSA 300-60-1, Fond Records of Radio Free Europe/Radio Liberty Research Institute (RFE/RL RI), sub fond Romanian Unit, seria Subject Files, cutia 665, dosarul Population – Children 1984-1991.
2. *Ibidem*.

Îmbolnăviri

Proasta întreţinere a clădirilor care adăposteau instituţiile de ocrotire, lipsa circuitelor funcţionale, a unei igiene corespunzătoare atât în bucătărie, în spaţiile de depozitare a alimentelor, în grupurile sanitare, dar şi în saloanele care găzduiau copiii, favorizau apariţia, menţinerea şi extinderea diferitelor infecţii interioare. Favorizantă era şi supraaglomerarea prezentă în majoritatea leagănelor şi a caselor de copii. Printre cele mai întâlnite tipuri de infecţii se numărau : hepatita virală, boli diareice acute cu bacili dizenterici, varicelă.

În leagănul din Ploieşti, condiţiile de aglomerare coroborate cu igiena necorespunzătoare a lenjeriei, lipsa unui spaţiu de carantină au dus la o morbiditate crescută. La cei 261 de copii ocrotiţi în leagăn, au fost înregistrate 398 cazuri de îmbolnăvire doar în prima jumătate a anului 1988. Dintre acestea, bolile respiratorii au ocupat primul loc, cu 183 de cazuri de rino-faringite şi 76 de pneumonii. Cauza acestor îmbolnăviri trebuie însă căutată în condiţiile total necorespunzătoare de temperatură existente în leagăn, unde chiar şi în lunile de primăvară – aprilie, mai – s-au înregistrat forme severe şi trenante de îmbolnăviri respiratorii[1]. În leagănul din Suceava termometrele nu arătau mai mult de 8 grade Celsius, mucegaiul invadând toate spaţiile spitalului[2].Temperatură necorespunzătoare era şi în casa de copii Oinacu, judeţul Giurgiu, mai exact 10 grade Celsius. Drept consecinţă, în rândul celor 54 de copii îngrijiţi aici, frecvenţa afecţiunilor respiratorii grave era foarte mare. Igiena precară a copiilor (lenjerie şi haine murdare) favoriza propagarea infecţiilor, în special la nivelul pielii capului, des întâlnite în toate instituţiile de ocrotire în timpul regimului comunist[3]. Supraaglomerare era şi în secţia de pediatrie a spitalului Colţea. Motivul era prezenţa în secţie a multor cazuri sociale netransferate către leagăn. Copiii sănătoşi prezenţi aici erau cei mai expuşi la contractarea unor infecţii interne, dar în acelaşi timp ca purtători sănătoşi ai unor viruşi, reprezentau căile perfecte pentru vehicularea diferitelor afecţiuni[4].

Epidemii au fost înregistrate şi în leagănul din Focşani. Ca în cazul altor leagăne, supraaglomerarea a condus la apariţia de bronhopneumonii în forme hipertoxice, boală diareică, toate cazurile prezentând complicaţii de tip meningeal. Locul tuturor îmbolnăvirilor era secţia de carantină a leagănului şi din cauza vârstei foarte mici a copiilor, între 2 şi 11 luni, prognosticul la internare era rezervat[5]. Boală diareică acută a fost depistată şi în leagănul din Braşov[6]. În leagănul din Botoşani, doar în luna martie a anului 1986 s-au înregistrat 34 de cazuri de infecţii acute ale căilor respiratorii superioare la copii cu vârste între 2 şi 3 ani[7]. La căminul-spital de la Siret destinat copiilor irecuperabili şi parţial recuperabili, în primul semestru al anului 1986 erau raportate 8 cazuri de îmbolnăviri ale aparatului respirator şi 14 cazuri de boală diareică. Infecţiile de tot felul

1. AMS, fond DAM-OMCT, dosar 9/1988, nenumerotat.
2. AMS, fond DAM-OMCT, dosar 20/1987, nenumerotat.
3. AMS, fond DAM-OMCT, dosar 5/1987, nenumerotat.
4. AMS, fond DAM-OMCT, dosar 3/1987, nenumerotat.
5. *Informare*, AMS, fond Cabinet 2, dosar 2/1986, nenumerotat.
6. *Notă de îndrumare şi control în judeţul Braşov în problema recuperării copiilor handicapaţi*, AMS, fond DAM-OMCT, dosar 2/1986, nenumerotat.
7. *Ibidem*.

erau însă o constantă a spitalului care cerea imperios suplimentarea stocului de vaselină pentru vindecarea prin tratament local a cazurilor de tricofiţie a pielii capului[1].

Distrofia

Distrofia sugarului este starea de nutriţie deficitară a sugarului în urma unei inaniţii (înfometări) patologice, în imensa majoritate a cazurilor de origine digestivă. Subalimentaţia poate fi cantitativă (în acest caz, dieta are un conţinut mai scăzut de calorii faţă de cât este necesar la vârsta respectivă) sau calitativă (în acest caz, dieta nu conţine cantitatea de proteine, grăsimi sau glucide necesare creşterii)[2]. Boala recunoaşte trei cazuri principale :

1) alimentaţie insuficientă : în caz de diluţii mari de lapte (de exemplu 1/3), în caz de boli care produc inapetenţa (infecţii, encefalopatii) sau vărsături (stenoza de pilor), de compoziţie neadecvată a raţiei alimentare, când glucidele (distrofia laptelui de vacă) sau proteinele (distrofia făinoaselor) se află sub minimul necesar creşterii. Alimentaţia mai poate fi relativ insuficientă în următoarele împrejurări : în tulburări digestive (diaree cronice), în tulburări de absorbţie, în tulburări ale asimilaţiei (boli constituţionale sau ereditare) ;
2) infecţii intestinale şi extraintestinale (bronhopneumonie, otomastoidită/infecţii urinare, infecţii ale pielii) ;
3) boli organice, care împiedică alimentaţia (malformaţii ale cavităţii bucale)[3].

Sugarul distrofic are un aspect caracteristic : pielea se „veştejeşte”, pare mult prea largă pentru abdomen şi membre, adunându-se în cute numeroase pe partea internă a coapselor şi la şezut (aspect de pungă de tutun), ţesutul gras subcutanat scade treptat de pe corp până ce dispare şi de pe faţă (faţă de bătrân) ; muşchii îşi pierd tonicitatea (abdomenul creşte în volum), creşterea în greutate şi lungime încetează, imunitatea se prăbuşeşte (copilul devenind receptiv la infecţii care evoluează foarte grav), starea psihică se alterează (copilul este abătut, plângăreţ) ; toleranţa digestivă este foarte scăzută, ceea ce face ca o creştere cât de mică a raţiei alimentare să producă diaree, agravând înfometarea.

Distrofiile se împart în trei grade : distrofia de gradul I, care înseamnă diminuarea ţesutului adipos subcutanat de pe torace şi abdomen, scăderea în greutate cu 5-20% faţă de greutatea corespunzătoare vârstei. La distrofia de gradul II, unde găsim ţesutul adipos diminuat şi pe membre, deficitul ponderal este de 20-30% fiind afectată şi creşterea în lungime a copilului. Distrofia de gradul III este afecţiunea în care ţesutul adipos este absent pe tot corpul, inclusiv faţă, iar greutatea este mai mică decât normal cu 30-40%. În această fază, ea nu mai este compatibilă cu viaţa. În stadiul final al bolii, la inaniţia extremă se adaugă infecţii generale (pulmonare, urinare, meningiene, otomastoidiene), precum şi infecţii digestive ce duc rapid la toxicoză şi grăbesc sfârşitul letal[4].

1. Boală de piele contagioasă, provocată de o ciupercă parazită şi caracterizată prin căderea părului.
2. M. Georgmăneanu, Sabina Roşianu, *op.cit.*, p. 470.
3. *Ibidem*, p. 472.
4. *Ibidem*, pp. 474-476.

Şansele de vindecare sunt reduse când denutriţia este mai accentuată, când sugarul este de vârstă mai mică, când a suferit mai multe infecţii sau când înainte de îmbolnăvire a fost alimentat artificial. Distrofia poate fi evitată prin înlăturarea cauzelor care o produc : a) asigurarea unei alimentaţii corecte a sugarului (folosirea laptelui praf în alimentaţia mixtă sau artificială reprezintă un mare progres) ; b) prevenirea infecţiilor (izolare, vaccinări) ; c) tratarea bolilor organice care împiedică alimentaţia (stenoza de pilor). Distrofia este mult mai greu de tratat decât de prevenit. Tratamentul este foarte asemănător cu acela al dispepsiilor[1] şi constă în combaterea infecţiei intestinale (antibiotice) şi realimentare progresivă, prudentă, cu aceleaşi preparate dietetice (eledon, lapte praf). La acestea se adăugau vitaminoterapia, hormonii anabolizanţi (dianabol), micile transfuzii de sânge[2].

Prin gravitatea afecţiunilor cauzate de distrofie, copiii atinşi de această boală reprezentau mare parte a cazurilor de mortalitate infantilă[3]. Deşi a menţinut un trend descendent, mortalitatea infantilă în România comunistă a înregistrat permanent valori cu mult peste media europeană a epocii. Ca urmare, una dintre priorităţile absolute ale autorităţilor sanitare era reducerea valorilor pentru acest indice demografic. Din statisticile medicale reieşea că distrofia reprezenta principala suferinţă asociată mortalităţii infantile. Dacă pentru decesele apărute la nou-născuţi cu vârsta 0-27 de zile distrofia era prezentă în 33,3% din cazuri, incidenţa creştea odată cu înaintarea în vârstă a sugarului, ajungând la 38,6 pentru vârsta 1-3 luni şi 61,9% pentru cei cu vârste de 4-5 luni[4]. În faţa cifrelor, autorităţile sanitare au hotărât că orice deficit nutriţional trebuie depistat şi remediat. De ce nu prevenit ? Pentru statul comunist român, în urma calculelor simple, s-au dovedit mult mai eficiente din punct de vedere economic spitalizarea şi reechilibrarea timp de 45 de zile a copilului distrofic decât asigurarea la bareme normale a celor mai elementare condiţii de trai la nivelul societăţii româneşti : alimente, căldură, apă caldă. Cauzele multiple care duc la apariţia distrofiei au făcut ca acest grav dezechilibru nutriţional să atingă copiii indiferent de epocă şi chiar de condiţiile sociale sau materiale, aflaţi în familie sau instituţionalizaţi. Ceea ce face din intervalul 1970-1989 pentru România regimului Ceauşescu un caz deosebit este amploarea atinsă de acest fenomen.

O cifră absolută a copiilor atinşi de distrofie, pentru intervalul menţionat, este imposibil de stabilit. Gravitatea situaţiei este însă dată de acţiunea autorităţilor sanitare centrale, care au luat decizia de a înfiinţa secţii speciale pentru tratare a distrofiei într-o primă fază pe lângă fiecare spital judeţean, măsura fiind extinsă ulterior la spitalele orăşeneşti şi chiar comunale. Fiecare astfel de secţie avea în componenţa sa 50-80 de paturi. Pe lângă acestea au fost înfiinţate şi spitale al căror unic scop era recuperarea deficienţelor de nutriţie. Atât în secţiile, cât şi în unităţile medicale profilate pe recuperarea deficienţelor de nutriţie, micii pacienţi erau repartizaţi în două compartimente distincte : cei care prezentau complicaţii ale stării de distrofie, manifestate prin diferite infecţii cu potenţial contagios, impunând izolare şi îngrijiri speciale, şi copii care necesitau doar

1. Boli diareice enteral-infecţioase.
2. *Prevenirea unor îmbolnăviri la sugar şi copilul mic prin alimentaţie raţională*, Editura Medicală, Bucureşti, 1985, pp. 20-22.
3. 40% din totalul deceselor la copii cu vârste între 0 şi 1 an. În judeţul Dâmboviţa, în anii 1985-1986, din 58 de decese, 6 proveneau din leagănul Pucioasa. AMS, fond DAM-OMCT, dosar 5/1987, nenumerotat.
4. AMS, Cabinetul 4, dosar 44/1988, nenumerotat.

recuperare nutriţională. Secţiile de distrofici erau însoţite şi de secţii postcură pentru fixarea stării de nutriţie. În cele mai multe dintre cazuri, copiii internaţi aici reprezentau cazuri sociale, mare parte dintre ei fiind depistaţi cu malnutriţie protein-calorică şi pentru care se hotăra scoaterea din familie şi instituţionalizarea. De remarcat însă că şi copiii perfect sănătoşi, din cauza lipsei de locuri în leagăne, erau găzduiţi în aceste secţii, crescând astfel riscul de infecţii pentru cei atinşi de distrofie[1].

Cât priveşte incidenţa distrofiei în rândul copiilor instituţionalizaţi cu vârste cuprinse între 0 şi 3 ani, la nivelul anului 1987, statisticile Ministerului Sănătăţii arătau că 5.283 de copii fuseseră dispensarizaţi pentru tratarea deficitului de aport nutriţional, însemnând 75% din totalul afecţiunilor cronice depistate în leagăne[2]. Cu siguranţă această situaţie nu era un incident nefericit al anului 1987. Lipsa celor mai elementare condiţii de igienă, aglomeraţia, absenţa diversităţii în alimentaţie, dar şi valoarea sa calorică scăzută au reprezentat principalele cauze ale escaladării fenomenului distrofiei în rândul copiilor instituţionalizaţi de vârstă mică. În Iaşi, la mijlocul anului 1985, autorităţile sanitare atrăgeau atenţia că slaba aprovizionare cu lapte praf atât a populaţiei, cât şi a instituţiilor de ocrotire ducea la o creştere a cazurilor de distrofie şi la o slabă recuperare a celor existente. Aceste disfuncţionalităţi pot explica creşterea permanentă a indicelui mortalităţii infantile pentru judeţul Iaşi în intervalul 1983-1987, acesta ajungând la 20,4‰, raportat la nivel judeţean, şi un înfiorător 60% în leagănul Iaşi[3]. La leagănul din Ploieşti se trăgea un serios semnal de alarmă, arătându-se că la nivel judeţean, din 10 decese înregistrate la copii cu vârsta 0-1 an, 6 proveneau din leagăn, iar 4 sufereau de distrofie de gradele II şi III, deci forme foarte grave, incompatibile cu viaţa. De altfel, din cei 64 de copii internaţi în leagănul Ploieşti în cursul anului 1988, 24 de sugari sufereau de distrofie în diverse grade, iar dintre aceştia 14 prezentau distrofie de gradele II şi III. Situaţia din leagăn, mai exact supraaglomerarea, lipsa spaţiilor de depozitare pentru alimente, dar mai ales lipsa alimentelor propriu-zise, nu permiteau individualizarea planurilor alimentare de recuperare, în special la sugarii mari şi ante-preşcolari, a căror vârstă impunea o alimentaţie diversificată[4]. Situaţia era similară şi în cele două leagăne de copii din Botoşani, unde 43% dintre copiii internaţi erau diagnosticaţi cu distrofie, dintre ei o treime prezentând boala în formele sale cele mai grave (gradul II şi III), preexistentă venirii în leagăn. Recuperarea se realiza cu greutate, condiţiile din leagăn fiind prea puţin adaptate acestui proces. În primul rând nu existau alimentele dietetice necesare recuperării. Dacă s-ar fi încercat prepararea la faţa locului a produselor uşor asimilabile, lipsa celor mai elementare dotări, precum robotul de bucătărie sau un aparat de mixat, făcea demersul foarte dificil, dacă nu imposibil, dat fiind numărul mare de copii care necesitau îngrijiri medicale[5].

1. AMS, fond DAM-OMCT, dosar 80/1985, nenumerotat.
2. *Analiza modului în care se asigură îngrijirile medicale în creşe, leagăne şi grădiniţe şi măsuri ce se impun pentru îmbunătăţirea organizării şi funcţionalităţii acestor unităţi*, AMS, fond DCCPI, dosar 9/1988, nenumerotat.
3. *Notă privind acţiunea de înfruntare şi control*, AMS, fond DAM-OMCT, dosar 5/1987, nenumerotat.
4. *Notă de îndrumare şi sprijin tehnic în judeţul Prahova pe probleme de ocrotire şi asistenţă medicală a mamei şi copilului*, AMS, fond DAM-OMCT, dosar 9/1988, nenumerotat.
5. *Notă de îndrumare*, AMS, fond DAM-OMCT, dosar 10/1988, nenumerotat.

Condiţiile improprii se regăseau şi în secţiile special prevăzute pentru a asigura recuperarea nutriţională a copiilor. Direcţiile sanitare judeţene aveau sarcina de a întocmi planuri de recuperare orientative. Diferitele tipuri de distrofie impuneau însă individualizarea acestor prescrieri generale în funcţie de particularităţile biologice ale fiecărui copil. În realitate, tratamentul diferenţiat în funcţie de pacient lipsea. Din notele de control întocmite de reprezentanţi ai Ministerului Sănătăţii reiese că în aceste secţii nu existau întotdeauna programe de recuperare funcţionale, alimentele necesare lipsind sau fiind în cantităţi mult prea reduse comparativ cu necesităţile reale. La spitalul din Vadu Lat, judeţul Giurgiu, condica bucătăriei dietetice arăta lipsa totală a proteinei de origine animală din meniul copiilor[1]. Secţia de distrofici din Botoşani, în 1986, nici măcar nu dispunea de un spaţiu propriu, activitatea fiind preluată de leagănele din oraş, deja aglomerate. Ca orice altă maladie, tratarea distrofiei presupunea îngrijire medicală complexă or, la Botoşani, de îngrijirea distroficilor se ocupa personalul medical auxiliar. La momentul efectuării controlului, în secţie nu activau medici ori personal sanitar mediu[2].

Care era rata de recuperare ori, dimpotrivă, a mortalităţii în aceste secţii nu vom afla niciodată, căci legislaţia medicală impunea ca orice caz de îmbolnăvire gravă să fie transferat către secţia de pediatrie a spitalelor. Această prevedere explică cifrele însemnate ale transferurilor din leagăn ori din secţiile de distrofici către spitalele judeţene ori municipale, decesele fiind înregistrate în aceste din urmă instituţii[3].

Mortalitatea

Sursele care menţionează cazurile de mortalitate în cadrul instituţiilor de ocrotire sunt foarte rare. Acele informaţii care parvin totuşi cercetătorului sunt revelatoare pentru situaţia foarte gravă din leagănele de copii şi căminele pentru irecuperabili. Condiţiile de îngrijire extrem de proaste (lipsa apei calde, spaţiile neîncălzite, absenţa unui regim alimentar corespunzător), infecţiile, distrofia făceau ca în fiecare instituţie de ocrotire un număr mare de copii să fie transferaţi către secţiile de pediatrie ale spitalelor. Ulterior, eventualul deces al copiilor provenind din Leagăne era înregistrat în cadrul spitalelor, raportările nemaifăcând nicio referire la indicele de mortalitate al micilor pacienţi provenind din instituţiile de ocrotire. Este cazul Leagănului numărul 2 din Botoşani unde, în urma controlului efectuat în 1988, s-au constatat mai multe cazuri de îmbolnăviri transferate către spitalul judeţean pentru tratament. Un raport preliminar menţiona două decese ; despre celelalte cazuri nu existau la momentul respectiv informaţii[4]. Situaţii absolut identice se înregistrau în acelaşi interval la Braşov, Tulcea, Constanţa. Scenariul era acelaşi : infecţii apărute pe fondul supraaglomerării şi lipsei unei igiene corespunzătoare. Tratament necorespunzător pe timpul şederii în leagăn, transfer către secţia de pediatrie cu pronostic rezervat, urmat de deces. Cel mai grav caz înregistrat în scriptele

1. AMS, fond DAM-OMCT, dosar 5/1987, nenumerotat.
2. AMS, fond DAM-OMCT, dosar 10/1988, nenumerotat.
3. 65% dintre decesele cauzate de bolile respiratorii, 82,8% pentru decesele cauzate de boli infecţioase parazitare, ajungând la 94% pentru bolile aparatului digestiv. Mortalitatea survenită în incinta leagănelor, la nivelul întregii ţări, era de doar 0,2-1,1%. Cabinet 4, dosar 44/1988, nenumerotat.
4. AMS, fond DAM-OMCT, dosar 10/1988, nenumerotat

ministerului este cel înregistrat la Iaşi în anul 1986, când la un total de 600 de intrări şi ieşiri din leagăn s-au înregistrat 40 de decese[1].

În căminele-spital pentru irecuperabili situaţia era cu mult mai gravă decât cea din leagănele de copii. La căminul-spital de la Cighid erau internaţi în medie 100 de copii. În decursul anului 1988 s-au înregistrat 54 de decese în rândul acestora, iar în 1989 – 52 de decese. Cauzele deceselor menţionate în registrul medicului sunt edificatoare pentru regimul de exterminare ce domnea în instituţiile pentru minorii irecuperabili : hidrocefalii, defect cardiac, criză de epilepsie, septicemie, dizenterii, aprinderi de plămâni. Şocante sunt menţiunile de tipul „înecat în propria vomă" sau diagnosticul „paralizat". Simpla paralizie nu poate conduce la deces decât atunci când pacientul este lipsit de orice îngrijire. Numeroase sunt şi aprinderile de plămâni cu urmări letale. Conform personalului angajat la căminul de la Cighid, sub acest diagnostic erau trecute cazurile de îngheţ. La Cighid nu exista nicio sursă de încălzire. Drept urmare, mulţi dintre copii mureau în timpul iernii pur şi simplu îngheţaţi[2].

Mortalitatea infantilă în instituţiile de ocrotire, prin gravitatea şi amploarea fenomenului, merită o atenţie specială şi un studiu amplu bazat pe o cercetare de teren şi consultarea arhivelor diferitelor instituţii de ocrotire.

Descoperirea în ianuarie 1990 a realităţilor din instituţiile de ocrotire româneşti a trezit în mintea multor jurnalişti şi medici occidentali comparaţia cu un sistem concentraţionar de exterminare a produşilor defecţi ieşiţi din maşina infernală a politicii pronataliste dusă de regimul comunist. Numărul mare de copii intraţi în sistemul de ocrotire al statului comunist român, condiţiile proaste şi foarte proaste de trai oferite de aceste instituţii, consecinţele grave şi de multe ori mortale pe care instituţionalizarea le-a avut asupra beneficiarilor din sistem vin să sprijine ideea eşecului politicii demografice a regimul Ceauşescu. Nu interzicerea întreruperii legale a sarcinii a fost un act criminal, ci politica obtuză a statului comunist de a forţa prin orice mijloace creşterea natalităţii peste limita de sustenabilitate a unui sistem sanitar subfinanţat şi într-o societate lipsită de mijloacele financiare.

Luciana M. Jinga

1. AMS, fond DAM-OMCT, doar 5/1987, nenumerotat.
2. HU OSA 300-60-1, Fond Records of Radio Free Europe/Radio Liberty Research Institute (RFE/RL RI), subfond Romanian Unit, seria Subject Files, cutia 665, dosarul Population – Children 1984-1991.

Capitolul 12

Evoluţia sistemului de creşe din România, 1965-1989

Introducere

Secţiunea de faţă prezintă o analiză calitativă a sistemului de creşe creat şi administrat de regimul Ceauşescu, pe baza unor anchete desfăşurate de către Ministerul Sănătăţii în perioada 1971-1975. Această analiză este precedată de câteva date asupra evoluţiei numărului de locuri disponibile în creşe în perioada comunistă, în paralel cu prognozele şi planurile optimiste ale responsabililor comunişti.

În viziunea responsabililor comunişti, acomodarea copiilor între 0 şi 3 ani în creşe urma să constituie una dintre soluţiile cele mai importante la provocările reprezentate de implicarea unei părţi tot mai mari a femeilor în câmpul muncii, simultan cu creşterea natalităţii : „Prin cercetările medico-sociale, într-o serie de ţări socialiste, au fost descoperite cauzele de reducere a natalităţii şi de creştere naturală a populaţiei, din care cele mai principale [sic] sunt participarea femeii la viaţa economică şi socială, ridicarea cerinţelor pentru creşterea şi educaţia copiilor”[1].

În condiţiile procesului de industrializare masivă, cu corolarul implicit al necesităţii unei forţe crescânde de muncă şi al urbanizării, ce a determinat înlocuirea familiei de trei generaţii cu cea de două generaţii, creşele urmau să preia sarcini din activitatea de ocrotire şi educare a copiilor mici. Asistăm aşadar la o „socializare” a creşterii copilului mic, care urma să nu se mai desfăşoare preponderent în spaţiul privat al familiei, ci în cel public al unor instituţii, creşele, care urmau astfel „să devină un «al doilea cămin» pentru copil, cu multe avantaje pentru dezvoltarea fizică şi psihomotorie faţă de copilul îngrijit izolat în familie”[2]. Soluţia creşelor şi a socializării timpurii a copilului mic a fost adoptat cu preponderenţă în spaţiul comunist est-european, după modelul oferit de URSS[3], căci în ţările socialiste „creşa a devenit o unitate de ocrotire pentru copilul mic, acceptată atât de specialişti, cât mai ales de părinţi”[4]. Totuşi, specialiştii români de la Institutul de Ocrotire a Mamei, Copilului şi Tineretului recunoşteau în 1980 dezavantajele socializării prea timpurii a copiilor mici în instituţii

1. AMS, Fond Cabinet 1, dosar 128/1970, f. 5.
2. *Anchetă de opinii privind ocrotirea copiilor în creşe*, AMS, Fond Cabinet 1, dosar 91/1973, f. 2.
3. *Ibidem*.
4. *Ibidem*, f. 3.

publice : „înţărcarea precoce reprezintă un aspect deosebit de serios pentru dezvoltarea, sănătatea şi chiar viaţa sugarului. Nerespectarea repaosului după naştere, dificultăţile inerente în îngrijirea corectă a copiilor lipsiţi din primele luni de viaţă de supravegherea directă a mamei, înţărcarea prematură scad eficienţa activităţii de puericultură a personalului sanitar”[1].

În cazul României, la şedinţa Comitetului Politic Executiv al Comitetului Central al PCR din 2 august 1966, unde s-au dezbătut şi decis principalele măsuri pentru creşterea natalităţii, alături de limitarea severă a accesului la întreruperea de sarcină, Alexandru Drăghici propunea creşterea numărului de creşe „economice” ca principal element al politicii româneşti de încurajare şi promovare a natalităţii : „Ceea ce consider că trebuie luat în consideraţie este problema creşelor […]. Creşele să fie simple, economice şi care să dea ajutor femeii atâta timp cât este în producţie şi nu aşa cum se propune aici [*Studiul privind situaţia nataltăţii din RSR şi propuneri pentru redresarea situaţiei natalităţii în ţara noastră*] să prelungim concediul de maternitate […]”[2].

Dezvoltarea spectaculoasă a sistemului de creşe din următorii ani urma să susţină această viziune, constituind elementul principal al măsurilor de susţinere a natalităţii. Cadrul legislativ al acestei evoluţii nu este foarte inovativ, căci în mod paradoxal, multe dintre decretele care au asigurat funcţionarea creşelor din România fuseseră emise anterior demarării politicii pronataliste româneşti şi a rămas în vigoare până în 1982[3].

În 1973, creşa era definită ca „unitate sanitară care asigură creşterea, educarea şi supravegherea medicală a copiilor în vârstă de până la 3 ani, ai căror părinţi sau susţinători legali sunt încadraţi în muncă, sunt în perioada de studii sau în alte situaţii similare”[4].

Articolele 34 şi 35 din Legea nr. 3 din 6 iulie 1978 privind asigurarea sănătăţii populaţiei[5] clarificau cadrul de funcţionare al creşei şi rolul acesteia[6]. Creşele erau considerate unităţi sanitare, care funcţionau fie în subordinea consiliilor populare, fie a

1. *Analiza modului de aplicare a reglementărilor referitoare la apărarea şi dezvoltarea sănătăţii Mamei şi Copilului cuprinse în Legea nr. 3/1978 privind asigurarea sănătăţii populaţiei, 16 sept. 1980*, AMS, Fond OMCT, dosar 3/1980, nenumerotat.
2. *Stenograma şedinţei Comitetului Executiv al CC al PCR din ziua de 2 august 1966*, ANIC, Fond CC al PCR, Secţia Cancelarie, dosar 102/1966, f. 15.
3. HCM nr. 586/1951 privind modul de funcţionare şi întreţinere a creşelor şi căminelor de zi de pe lângă instituţiile bugetare, întreprinderile şi organizaţiile economice de stat, a căminelor sezoniere din sectorul agricol, precum şi a creşelor şi căminelor de zi şi de cartier, *Buletinul Oficial*, nr. 72, din 27 iunie 1951.
   HCM nr. 3159/1953 privind reducerea contribuţiei părinţilor la întreţinerea copiilor acestora în creşe şi camine de zi, publicată în *Colecţia de Hotărâri şi Dispoziţii ale Consiliului de Miniştri*, nr. 60, din 22 septembrie 1953.
   HCM nr. 3790/1953 pentru îmbunătăţirea funcţionării creşelor existente şi înfiinţarea de noi creşe, publicată în *Colecţia de Hotărâri şi Dispoziţii ale Consiliului de Miniştri*, nr. 77, din 11 decembrie 1953.
4. Decretul Consiliului de Stat nr. 296/1973 privind stabilirea normelor unitare de structură pentru unităţile sanitare, *Buletinul Oficial*, nr. 68, din 14 mai 1973, Partea I, art. 3, al. 4
5. Legea nr. 3 din 6 iulie 1978 privind asigurarea sănătăţii populaţiei, *Buletinul Oficial*, nr. 54, din 10 iulie 1978, Partea I.
6. *Ibidem*, art. 35.

spitatelor, fie a diferitor întreprinderi[1]. În acest fel, ele erau subordonate atât Minsterului Sănătăţii, cât şi conducerii directe a diferitelor organisme în subordinea cărora activau.

Evoluţia numărului de locuri în creşe

În 1965, România beneficia de 11.800 de locuri în creşe, cu un indice de cuprindere de 142,3 copii la 10.000 de copii sub 3 ani, cel mai mic indice din întregul lagăr socialist. Acest indice s-a menţinut în continuare cel mai redus din întreaga Europă de Est, în 1970 fiind de 214,2, de 4 ori mai scăzut decât cele din Bulgaria şi Ungaria, deşi din 1968 avusese loc o creştere semnificativă a numărului de locuri în creşe[2]. Tabelul de mai jos arată decalajul existent între ţările Europei de Est :

Tabelul 19. *Copiii cuprinşi în creşă la 10.000 copii sub 3 ani, 1960-1965*

Ţară/An	1960	1965	1970	1971
Bulgaria	621,7	1.068,8	1.060,3	1.097,8
Ungaria	680	920	946	1.015
RDG	1.276	1.658	2.563	2.790
Polonia	259,7	370,4	470,2	485
România	–	142,3	214,2	283,1
Cehoslovacia	655,3	977,8	1.118	883

Sursă : *Anchetă de opinii privind ocrotirea copiilor în creşe*, *doc. cit*., p. 6.

Previziunile legate de dezvoltarea economică şi socială a României erau însă mai mult decât optimiste în 1971, o creştere semnificativă a locurilor destinate acomodării copiilor mici în creşe şi grădiniţe fiind prevăzută pentru perioada 1971-1975. Vom prezenta în cele ce urmează estimările din 1971, precum şi realizarea ulterioară a acestor previziuni. Prin hotărârea Consiliului de Miniştri nr. 1670/1970 privind dezvoltarea economiei naţionale pentru perioada 1971-1975 se prevedea crearea de 25.700 de locuri noi în creşe şi 21.700 de noi locuri de grădiniţe. În 1971 se considera că acest număr trebuie mărit semnificativ pentru a răspunde nevoilor populaţiei, cu 41.500 de noi locuri în creşe şi 16.300 de locuri în grădiniţe, pentru a se ajunge în 1975 la un total de 99.982 de locuri în creşe şi 122.580 în grădiniţe[3]. Proiectarea numărului de locuri în creşe se făcuse mai ales în funcţie de ponderea forţei de muncă feminine şi a numărului de locuri de muncă din fiecare judeţ, ca şi a ratei estimate a natalităţii până în 1975. Această suplimentare, dar şi faptul că unele consilii populare judeţene (Caraş-Severin, Constanţa, Mureş, Neamţ) ceruseră deja suplimentarea numărului de locuri din creşe şi grădiniţe alocate judeţelor administrate sugerează insuficienţa acută de locuri în insituţiile de acomodare a minorilor din România comunistă. În 1973 se semnala că necesarul de paturi în creşe ar trebui să fie de circa 1.000 la 10.000 de copii, ceea ce însemna cel puţin triplarea capacităţii

1. *Ibidem*, art. 34.
2. *Anchetă de opinii privind ocrotirea copiilor în creşe*, *doc. cit*.
3. *Notă privind repartizarea pe judeţe locurilor în creşele şi grădiniţele cu cămin, prevăzute să se realizeze în perioada 1971-1975*, AMS, Fond Cabinet 1, dosar 1960/1971, nenumerotat.

existente în următorii ani[1]. Aceste previzuni optimiste nu s-au realizat însă niciodată, numărul de locuri din creşe în 1975 fiind de 73.059 ; el nu ajuns niciodată în întrega perioadă comunistă la cel prevăzut pentru 1975. Tabelul de mai jos arată evoluţia reală a numărului de locuri disponibile în creşe în România comunistă.

Tabelul 20. *Evoluţia numărului de creşe în RSR, 1955-1989*

Anul	**Nr. creşe**	**Locuri**	**Anul**	**Nr. creşe**	**Locuri**
1950	292	5.217	**1976**	827	81.123
1955	316	10.945	**1977**	867	88.411
1960	306	12.807	**1978**	901	90.734
1965	288	11.800	**1979**	895	91.585
1970	430	30.121	**1980**	902	92.632
1971	447	33.032	**1984**	896	89.073
1972	465	35.685	**1985**	884	86.475
1973	542	44.102	**1986**	871	84.521
1974	650	59.352	**1987**	861	83.437
1975	765	73.059	**1988**	847	81.313
			1989	847	80.628

Sursă : Date sintetizate după *Anuarul statistic al RSR*, 1976, ed. cit., p. 473, tabel 237, Creşe ; *Anuarul Statistic al RSR*, 1981, ed. cit., p. 647, tabel 271, Creşe ; Direcţia centrală de statistică, *Anuarul statistic al României*, Bucureşti, 1990, ed. cit., p. 212, tabel 1l1, Creşe.

În urma restricţionării accentuate a întreruperii de sarcină, rata natalităţii se triplase în primii trei ani de aplicare a Decretului nr. 770/1966, numărul de locuri disponibil în creşe neputând, în mod evident, să ţină pasul cu această creştere. Dacă din punct de vedere cantitativ statisticile ne arată menţinerea numărului insuficient de locuri în creşe de-a lungul întregii perioade comuniste, o serie de anchete desfăşurate de către Ministerul Sănătăţii şi Institutul de Ocrotire a Mamei, Copilului şi Tineretului între 1973 şi 1978, dar şi o serie de alte documente sugerează în primul rând o disfuncţionalitate calitativă a sistemului de creşe din România.

Ineficienţa creşelor

Toate anchetele sugerează ineficienţa sporită a acestui sistem, punând în evidenţă o situaţie paradoxală. Din cauza condiţiilor proaste de îngrijire şi socializare din aceste instituţii, creşele existente, supraaglomerate la înscriere şi insuficiente numeric, erau puţin şi neregulat frecventate în cursul anului, eficienţa lor atât în termeni de costuri, cât şi de ocrotire lăsând mult de dorit. Astfel, dintr-o anchetă privind funcţionarea creşelor în 1971[2], aflăm că la sfârşitul acelui an existau în România 447 de creşe, care ofereau

1. *Anchetă de opinii privind ocrotirea copiilor în creşe*, *doc. cit*.
2. *Buletin informativ special nr. 3 aspecte de eficienţă şi cost privind creşele, 26 mai 1972*, AMS, Fond Cabinet 1, dosar 97/1972, nenumerotat.

32.054 de locuri, frecventate de 34.958 de copii, având un grad de ocupare de 106%. Aceste creşe supraglomerate erau frecventate de un copil în medie 203 zile/an, astfel încât proporţia de ocupare reală faţă de capacitatea lor de funcţionare era de 56%. Situaţia nu se schimbă semnificativ nici în 1972, când indicele gradului de ocupare în medie scăzuse la 102,9 copii înscrişi la 100 de paturi (din care 110,4 înscrişi la 100 de paturi în creşele de întreprindere şi 97,8 la 100 de locuri în creşele de cartier), iar frecventarea creşelor se îmbunătăţeşte uşor la o medie de 216,5 zile frecventate de copil într-un an (cu o medie de 237,2 zile frecventate într-un an de un copil în creşele de întreprindere şi de 202,6 zile în cele de cartier)[1].

Comparativ cu 1971, în 1972 utilizarea paturilor este în uşoară scădere (media în 1971 fiind de 221,3 zile). În creşele cu regim săptămânal se înregistrează o creştere de la 201,7 zile/an (1971) la 210,2 zile/an (1972). Eşantionul reprezentativ de 81 de creşe studiate în 1973 avea un total de 7.094 de paturi, cu 12.496 de copii înscrişi, ceea ce ducea la un grad de ocupare de 176,1 copii la 100 de paturi. La aceste creşe supraaglomerate fuseseră respinse cererile de înscriere a 810 copii. Totuşi, media de utilizare a acestor creşe era de numai de 229,5 zile de copil/an, copiii absentând în medie 28% din numărul total de zile[2].

În 1978, indicele mediu de utilizare a creşelor pe ţară crescuse la 222 zile/an, mult sub un optim estimat de Ministerul Sănătăţii la 260 zile/an[3]. Unele judeţe se aflau mult sub media utilzării creşelor (judeţul Bistriţa Năsăud cu o medie de 150 zile/an, Teleorman, cu 156 zile/an), dar în marile municipii indicele de ocupare era de 300 zile/an[4]. Procentul de ocupare efectivă a locurilor din creşă era la sfârşitul anului de 70%, cu variaţii mari de la un centru urban la altul (în urbanul mic utilizarea creşelor coboară chiar până la 50%)[5]. La sfârşitul anului 1981 creşele erau utilizate în proporţie de circa 75%[6].

Subutilizarea creşelor şi slaba lor eficienţă, cu alte cuvinte, „contradicţia flagrantă între numărul cu totul insuficient de paturi în creşe faţă de cereri şi utilizarea slabă a acestora în cursul anului”[7] erau un motiv de îngrijorare pentru responsabilii comunişti, în primul rând pentru că reprezenta o cheltuială ineficientă a resurselor, dar şi pentru că demonstrau treptat lipsa de popularitate a acestui tip de socializare a copilului mic şi ineficienţa măsurilor comuniste de încurajare a natalităţii. În 1982, creşele au fost reorganizate pe principiul autoconducerii muncitoreşti şi autogestiunii economico-financiare şi puse sub controlul Ministerului Educaţiei şi Învăţământului, Ministerului Sănătăţii şi comitetelor sau birourilor executive ale consiliilor populare[8]. Prin acest decret se aduc la

1. *Anchetă de opinii privind ocrotirea copiilor în creşe*, *doc. cit*.
2. *Ibidem*.
3. *Informare privind evaluarea activităţii, funcţionalităţii şi eficienţei creşelor, iulie 1978*, A.M.S, Fond OMCT, dosar 6/1982, nenumerotat.
4. *Ibidem*.
5. *Analiza modului de aplicare a reglementărilor referitoare la apărarea şi dezvoltarea sănătăţii mamei şi copilului cuprinse în Legea nr. 3/1978 privind asigurarea sănătăţii populaţiei, 16 sept. 1980*, *doc. cit*.
6. *Contribuţia comuniştilor din compartimentul OMCT pentru îmbunătăţirea activităţii de ocrotire, educaţie şi sănătatea copiilor din creşe şi leagăne*, AMS, Fond OMCT, dosar 9/1982, nenumerotat.
7. *Anchetă de opinii privind ocrotirea copiilor în creşe*, *doc. cit*.
8. Decretul Consiliului de Stat nr. 65/ 1982 privind organizarea actvităţii creşelor şi grădiniţelor şi stabilirea contribuţiei părinţilor pentru copiii din aceste unităţi, *Buletinul Oficial*, nr. 20, din 17 februarie 1982, Partea 1, art 1, 2.

zi contribuţiile financiare ale părinţilor cu copii îngrijiţi în creşe[1]. Această aducere la zi împreună cu principiul autogestiunii economico-financiare trebuie văzute ca încercări de rentabilizare economică a creşelor.

Reticenţa manifestată de părinţi în a-şi da copiii la creşe contrazicea afirmaţia optimistă a responsabililor comunişti că „în ţările socialiste creşa a devenit o unitatate de ocrotire pentru copilul mic, acceptată atât de specialişti, cât mai ales de părinţi”[2]. De aceea, anchetele efectuate de Ministerul Sănătăţii[3] urmăresc cauzele acestei ineficienţe. Din rândurile cosmetizate ale documentelor oficiale, transpar proastele condiţii existente în creşe, atât din punctul de vedere al bazei materiale, cât şi al personalului de îngrijire, precum şi condiţiile de trai generale mizere ale populaţiei României.

Condiţii de îngrijire necorespunzătoare în creşe. Morbiditatea accentuată

În prima anchetă asupra eficienţei creşelor, subutilizarea acestora este pusă în strânsă legătură cu gradul ridicat de îmbolnăviri în rândul copiilor încadraţi în creşe. Rata de morbiditate a copiilor din creşă era în medie de 3 îmbolnăviri pe an, cu depăşiri semnificative în judeţele Prahova, cu 8 îmbolnăviri de fiecare copil/an, Arad – cu 7,8 îmbolnăviri de fiecare copil pe an, Braşov – 5,7 îmbolnăviri de fiecare copil/an, Hunedoara – 4,6 îmbolnăviri de fiecare copil/an[4]. În 1973 se considera că 80% din absenteismul copiilor se datorează îmbolnăvirilor frecvente în creşă, iar părinţii care nu îşi dăduseră copiii la creşă considerau că „la creşă copiii se îmbolnăvesc mult mai frecvent”.

Îmbolnăvirile dese în creşe pot fi puse în stânsă corelaţie cu condiţiile necorespunzătoare de îngrijire de aici. Părinţii copiilor din creşe considerau că îngrijirea copiilor este nesatisfăcătoare din cauza numărului insuficient al personalului, dar şi a comportamentului unor cadre. De asemenea, părinţii semnalau că localul creşei era necorespunzător din cauza aglomeraţiei de paturi, a neseparării pe grupe de vârstă ; copiii nu puteau fi scoşi la aer liber din lipsa curţii sau a terasei şi răceau frecvent din cauza încălzirii insuficiente. O anchetă din 1978 confirma insuficenta încălzire din creşe, consemnând că „în perioadele foarte reci sau foarte umede, părinţii evită să îşi ducă copiii la creşă : încălzirea nu este suficientă (cu temperaturi sub 15-16 °C), ele fiind racordate la centralele termice de cartier, cu regim de încălzire specific pentru locuinţe şi care nu corespunde nici cu orarul creşei şi nici cu nevoile calorice pentru o astfel de unitate”[5].

---

1. *Ibidem*, art. 6.
2. *Ibidem.*
3. *Anchetă de opinii privind ocrotirea copiilor în creşe*, *doc. cit.*, reprezintă o anchetă desfăşurată în 81 de creşe în 1972 de către Ministerul Sănătăţii, realizată prin inspectarea acestor unităţi şi a chestionarelor la care au răspuns directorii creşelor, părinţii copiilor din creşe şi un procent semnificativ de părinţi care nu îşi dăduseră copiii la creşă ; *Informare privind evaluarea activităţii funcţionalităţii şi eficienţei creşelor, iulie 1978*, *doc. cit.*, reprezintă o anchetă desfăşurată în 243 de creşe în 1972 de către Ministerul Sănătăţii, realizată prin inspectarea acestor unităţi şi a chestionarelor.
4. *Buletin informativ special nr. 3 aspecte de eficienţă şi cost privind creşele, 26 mai 1972*, *doc. cit.*
5. *Analiza modului de aplicare a reglementărilor referitoare la apărarea şi dezvoltarea sănătăţii mamei şi copilului cuprinse în Legea nr. 3/1978 privind asigurarea sănătăţii populaţiei*, *doc. cit.*

În anexa 1 a respectivei anchete[1] se dădea o situaţie detaliată aspra neîncălzirii creşelor :

ANEXA 1

APRECIEREA INCALZIRII IN SEZONUL RECE SI REGIMUL DE DISTRIBUIRE A APEI CALDE IN C R E S E

			Tipul c r e ş e i		C l ă d i r e a	
			De cartier	De între-prindere	Special construită	Amenajată
Total creşe		243	198	45	222	21
recierea încălzirii în sezonul rece	Cores-punzătoare	87	60	27	78	9
	Necores-punzătoare	156	138	18	144	12
ida	Permanent	87	60	27		
	Intermi-tent	134	121	13		
	N u	22	17	5		

Se recomandau, printre altele : asigurarea temperaturii optime în creşe, distribuţia continuă de apă caldă, a funcţionării utilajelor din dotarea anexelor gospodăreşti, printr-un regim diferenţiat de administrare a căldurii şi apei calde în creşe sau prin dotarea acestora cu boilere, calorifere electrice sau radiatoare[2].

Morbiditatea datorată episoadelor epidemice constituia o altă problemă serioasă a funcţionării creşelor. În 1973 se constata că 10% dintre creşele controlate „nu au posibilitatea izolării copiilor bolnavi", iar aproximativ 20% dintre ele „au posibilităţi limitate de izolare"[3]. Cinci ani mai târziu se semnala faptul că morbiditatea prin afecţiuni curente şi epidemice specifice vârstei de copil mic era accentuată şi de deficienţele de funcţionare, de nerespectarea unor circuite, de temperaturile scăzute în camere în sezonul rece, dar şi de carenţe în activitatea de îngrijire. Se considera că posibilităţile de subutilizare ale creşei cresc direct proporţional cu dimensiunea ei, din cauza carantinei impuse în cazurile de epidemie în creşă, ceea ce ducea la dezafectarea unui număr mare de locuri[4].

În 1973 se semnala că 25% dintre creşele controlate nu aveau cabinet medical şi că la 16% dintre ele instrumentarul medical era insuficient[5]. Ancheta din 1978 constata

1. *Informare privind evaluarea activităţii, funcţionalităţii şi eficienţei creşelor, iulie 1978*, *doc. cit.*
2. *Ibidem.*
3. *Anchetă de opinii privind ocrotirea copiilor în creşe*, *doc. cit.*
4. *Informare privind evaluarea activităţii, funcţionalităţii şi eficienţei creşelor, iulie 1978*, *doc. cit.*
5. *Anchetă de opinii privind ocrotirea copiilor în creşe*, *doc. cit.*

deficienţe înregistrate în activitatea de control a centrelor sanitaro-epidemice (CSA) judeţene în creşe, apreciind că în unele creşe nu s-a efectuat niciun control sanitaro-epidemic în anul 1977, că starea de igienă a creşelor era corespunzătoare în doar 70% dintre cazuri şi recomanda ca direcţiile sanitare şi conducerile spitalelor teritoriale să manifeste o «preocupare mult mai susţinută pentru utilizarea eficientă a acestor unităţi : aplicarea strictă a măsurilor igienico-sanitare şi antiepidemice în creşe, pentru reducerea morbidităţii prin afecţiuni respiratorii, subutilizarea creşelor"[1].

În 1982, morbiditatea mare din creşe consituia încă o problemă serioasă, căci se constata că „îmbolnăvirile în colectivităţile de copii sunt cu 50% mai frecvente decât în familie (bolile copilăriei mici)", confirmând că acest fapt „întrucâtva obiectiv" reprezintă una dintre reţinerile părinţilor în a-şi trimite copiii la creşă. „Depistarea din timp util a fazei iniţiale de îmbolnăvire, trierea exigentă profilactică la primirea zilnică în creşe, existenţa unui circuit de izolare a cazurilor de îmbolnăvire ar putea reduce din efectele negative ale acestei laturi de activitate, care în mare parte depind de sectorul nostru sanitar"[2].

În 1986, Ministerul Sănătăţii recunoştea persistenţa problemelor legate de îngrijirea copiilor din creşe şi alte instituţii de ocrotire a copiilor, propunâdu-şi :

> În vederea îmbunătăţirii activităţii din colectivităţile de copii 1-4 ani (creşe, leagăne, grădiniţe, case de copii preşcolari) Ministerul Sănătăţii şi direcţiile sanitare judeţene vor controla permanent modul în care sunt asigurate condiţiile igienico-sanitare şi vor verifica corectitudinea efectuării examenelor medicale profilactice periodice ale copiilor din colectivităţi pentru aprecierea dezvoltării somatice şi neuropsihice şi a depistării tulburărilor şi deficienţelor morfofuncţionale care necesită tratament recuperator[3].

Personalul insuficient şi lipsa de îngrijire a copiilor din creşe

O a doua temă recurentă a anchetelor privind condiţiile de funcţionare din creşele româneşti, pe alocuri menţionată în rândurile de mai sus şi aflată în strânsă legătură cu nivelul ridicat de morbiditate din creşe, era cea a insuficienţei personalului de îngrijire. Prin articolul 5 al Decretului nr. 296/1973, cu modificările ulterioare[4], se stabilea că :

> Creşele şi leagănele de copii se organizează ca unităţi cu personalitate juridică dacă au cel puţin 150 de paturi, fiind conduse de unul dintre medicii unităţii care îndeplineşte şi funcţia de director, ajutat de o asistentă (soră) medicală-şefă, dintre cadrele medii sau auxiliare sanitare din unitate. Creşele şi leagănele de copii cu mai puţin de 150 paturi se organizează ca secţii în cadrul unităţii sanitare independente şi vor fi conduse de o asistentă (soră) medicală-şefă[5].

1. *Ibidem.*
2. *Contribuţia comuniţtilor din compartimentul OMCT pentru îmbunătăţirea activităţii de ocrotire, educaţie şi sănătatea copiilor din creşe şi leagăne*, *doc. cit.*
3. *Măsuri urgente privind îmbunătăţirea stării de sănătate a populaţiei, creşterea natalităţii şi a sporului natural, 19 februarie 1986*, AMS, Fond OMCT, dosar 1/1986, nenumerotat.
4. Decretul Consiliului de Stat nr. 398/1977 pentru modificarea Decretului Consiliului de Stat nr. 296/1973 privind stabilirea normelor unitare de structură pentru unităţile sanitare, cu modificările ulterioare, *Buletinul Oficial*, nr. 114, din 9 noiembrie 1977, Partea I.
5. *Acte normative în vigoare privind ocrotirea şi promovarea sănătăţii mamei şi copilului, 14 mai 1980*, DCS nr. 296/1973, *doc. cit.*, art. 5, AMS, Fond OMCT, dosar 4/1980, nenumerotat.

Ancheta din 1973[1] constata că la cele 7.094 de paturi din cele 81 de creşe, personalul mediu încadrat era de 12 medici cu normă întreagă, 32 medici cu jumătate de normă, 12 medici dirijaţi, restul creşelor fiind deservite de personal medical de circumscripţie sanitară. La 100 de paturi reveneau 0,4 medici cu normă întreagă, iar la o normă întreagă de medic reveneau 253,4 paturi. Personalul sanitar mediu era în număr de 466, reprezentat de 31 de asistente de ocrotire, 123 de pediatrie, 43 de alte categorii şi 269 de angajaţi ca personal medical auxiliar, însemnând 15,2 paturi la un cadru sanitar mediu şi 6,6 cadre sanitare medii la 100 de paturi. Personalul sanitar elementar mediu era în număr de 909, la 100 de paturi revenind 12,8 cadre sanitare elementare, respectiv 7,8 paturi la un cadru sanitar elementar. Numărul personalului medical şi de îngrijire era considerat insuficient pentru buna funcţionare a creşelor. Directoarele creşelor, părinţii ai căror copii erau îngrijiţi în creşe, dar şi cei care nu îşi dăduseră copiii la creşă considerau că numărul personalului de îngrijire este total insificient şi se pronunţă pentru mărirea lui. Părinţii copiilor din creşe reclamă că din pricina personalului insuficient se ajunge la nesupravegherea copiilor şi a sugarilor şi se procedează la trimiterea acasă a copiilor bolnavi chiar în cazul unor afecţiuni uşoare necontagioase. Totodată, părinţii semnalează nu numai numărul insuficient al cadrelor medicale şi de îngriire, dar şi comportamentul necorespunzător al unora dintre aceştia, faptul că personalul creşelor bate copiii, mănâncă din porţia lor, nu le acordă îngrijire medicală, nu-i spală. Aceleaşi argumente sunt invocate şi de către părinţii care nu şi-au dat copiii la creşă: îngrijirea necorespunzătoare a copiilor, faptul că li se ia din mâncarea micuţilor, copiii sunt bătuţi, neîngrijiţi.

Situaţia încadrării creşelor cu personal, deşi găsită satisfăcătoare la controlul din 1978, fiind conformă cu normativul în vigoare (Decretul nr. 398/1977), care prevedea un cadru mediu şi o infirmieră la 30 de copii/tură, s-a semnalat că în unele creşe personalul de îngrijire era insuficient. Totodată, la controlul din 1978, s-a semnalat o problemă suplimentară legată de încadrarea deficitară cu personal a creşelor, şi anume faptul că absenteismul personalului mediu şi auxiliar era foarte ridicat, ridicându-se la 811 zile/creşă, în medie (concedii de odihnă, de maternitate, îngrijirea copilului bolnav). În medie, pentru fiecare zi de funcţionare a unei creşe a lipsit între 15-25% din personal (cadre medii, auxiliare şi personal de îngrijire), ceea ce avea repercusiuni asupra posibilităţilor de îngrijire corespunzătoare a copiilor. Acolo unde absenteismul personalului şi indicele de ocupare a creşelor erau peste medie, numărul total de îmbolnăviri era peste media ţării, iar numărul recuperării handicapurilor, sub media ţării. Ancheta constata că evaluarea dezvoltării neuropsihice a copiilor în creşe se făcea doar sporadic şi că proporţia recuperărilor handicapurilor neuropsihice era mult mai mare în creşele în care psihologul a participat direct şi cu oarecare continuitate la procesul recuperator, după cum reiese din anexa 4 a acestei anchete[2]:

1. *Anchetă de opinii privind ocrotirea copiilor în creşe*, *doc. cit*.
2. *Informare privind evaluarea activităţii, funcţionalităţii şi eficienţei creşelor, iulie 1978*, *doc. cit*.

ANEXA 4

CORELATIE INTRE ABSENTEISMUL PERSONALULUI, SUPRAFATA (DENSITATEA MARE A COPIILOR IN GRUPA/COPIL SUB MEDIE, MORBIDITATE PE CAUZE SI INDICELE DE UTILIZARE

	Media pe ţară	Bucureşti	Cluj	Botoşani	Suceava	Neamţ	Buzău	Vaslui	Bihor
- Absenteism	811	1.746	1.442	1.226	1.161	1.003	966	942	933
- Suprafaţa medie pe un copil	2,3	1,8	2,4	2,7	2,8	2,5	3,2	2,6	2,4
- Morbiditatea - totală	265	493	485	332	400	821	151	174	389
- boli digestive	41	53	40	15	192	286	2	42	25
- " infecţioase	69	134	100	97	37	95	60	51	101
- " respiratorii	202	343	384	278	549	517	80	334	323
- Indice de utilizare	222	209	236	246	149	219	211	278	228

Acţiunea de control se încheia cu mai multe propuneri de remediere a dificultăţilor legate de personalul sanitar, şi anume: utilizarea eficientă a întregului personal din creşe, reducerea absenteismului personalului, întărirea disciplinei, perfecţionarea continuă a personalului, ca şi intensificarea acţiunilor de îndrumare şi control ale activităţii creşelor de către medici pediatri, specialişti în neuropsihiatrie, psihologi, igenişti, epidemiologi[1].

Situaţia insuficienţei personalului creşelor şi a comportamentului abuziv al unei părţi a acestuia se constata şi la sfârşitul anului 1981. O parte dintre dificultăţi era explicablă prin numărul prea mare de copii din grupă (25 sau 30) ce revine la un cadru mediu sanitar. În stil bombastic se afirma că această insuficienţă „ridică probleme de efort economic şi social la nivel de ţară ce poate fi realizat în etapele sale de dezvoltare". Absurdul afirmaţiei se prelungea în clişeele care încercau să ascundă precaritatea situaţiei din domeniul ocrotirii copiilor: „Se impune ca lipsurile semnalate mai sus să fie înlăturate pe cât posibil în întregime – comuniştii din sectorul nsotru de muncă trebuie să fie mai exigenţi în activitatea de control, de îndrumare, să dea dovadă de mai mult spirit de răspundere în coordonarea direcţiilor sanitare, perfecţionarea pregătirii cadrelor medii sanitare şi auxiliare care muncesc în creşe"[2].

Se pare că problema insuficienţei personalului din creşe nu putea fi rezolvată prin impunerea disciplinei de partid şi a simţului de răspundere, căci în septembrie 1980 se recunoştea că „personalul existent în aceste unităţi [creşe] este insuficient (o soră şi o infirmieră la 30 de copii, indiferent de vârsta acestora), şi nu reuşesc să-i îngrijească în mod satisfăcător"[3].

1. *Iibidem.*
2. *Contribuţia comuniţtilor din compartimentul OMCT pentru îmbunătăţirea activităţii de ocrotire, educaţie şi sănătatea copiilor din creşe şi leagăne, doc. cit.*
3. *Analiza modului de aplicare a reglementărilor referitoare la apărarea şi dezvoltarea sănătăţii Mamei şi Copilului cuprinse în Legea nr. 3/1978 privind asigurarea sănătăţii populaţiei, 16 sept. 1980, doc. cit.*

Dificultăţi legate de transport şi amplasarea creşelor

Ancheta din 1973 menţionează un alt neajuns major al funcţionării optime a creşelor, şi anume : lipsa mijloacelor de transport faţă de distanţele mari de parcurs, ora nepotrivită pentru trezirea copiilor, aglomerarea mijloacelor de transport în comun sau lipsa acestora. Printre cauzele care determinau „contradicţia flagrantă între numărul cu totul insuficient de paturi în creşe faţă de cereri şi utilizarea slabă a acestora în cursul anului", ancheta din 1973 menţiona „distanţele mari de la locuinţa copiilor până la creşe, mijloace de transport necorespunzătoare sau inexistente, care necesită trezirea majorităţii copiilor înainte de ora 6 sau chiar înainte de ora 5, program cu totul neigienic pentru dezvoltarea normală psihofizică a copiilor"[1].

La sfârşitul anului 1972 în România se găseau 465 de creşe, din care 227 de creşe de cartier, aflate în subordinea consiliilor populare, şi 238 de creşe de întreprindere. Transportul copiilor la creşă se dovedea dificil în ambele cazuri. Din eşantionul reprezentativ de 81 de creşe studiat în 1973, nicio creşă nu avea mijloace proprii pentru transportul copiilor, doar 4 creşe având posibilitatea, prin unităţile de care aparţineau, să asigure transportul copiilor ; în rest, copiii erau aduşi la creşe de aparţinători.

51% dintre copiii din creşele studiate locuiau în apropiere, însă 48,3% dintre ei locuiau la distanţe mari faţă de creşă, ceea ce explică faptul că 20,8% dintre părinţi nu aveau timpul necesar să transporte copiii la creşă fără ca aceasta să le afecteze prezenţa la serviciu, în condiţiile în care un studiu OMS din 1970 recomanda organizarea creşelor la o distanţă de maximum 800 metri de locuinţa copilului.

Transportul copiilor la creşele studiate se făcea astfel : pe jos (57,6%), cu mijloace de transport în comun (40%), cu maşinile creşei (1,7%), cu maşina proprie (0,7%). Condiţiile de transport existente şi distanţa mare până la creşe se dovedeau dificile pentru marea majoritate a copiilor, cât şi a aparţinătorilor acestora : era necesar ca 91% dintre copiii din aceste creşe să fie treziţi dimineaţa până la orele 6, iar 32,6% dintre ei până la 5. Aceste ore de trezire extrem de matinale reprezentau o problemă deosebit de gravă pentru familiile copiilor, având consecinţe negative pentru sănătatea copiilor. Dificultatea condiţiilor de transport şi amplasarea creşelor îi determinau în mare măsură pe părinţi să nu-şi dea copiii la creşe, respectiv creau o rată mare de absenteism. Apare cu atât mai surprinzător faptul că în ciuda consecinţelor traumatice de ordin neurofiziologic pe care trezitul prea matinal îl avea asupra copiilor, aproape toţi părinţii anchetaţi s-au pronunţat pentru decalarea programului creşelor pentru a putea fi armonizat cu programul lor de muncă. Cei mai mulţi dintre părinţii anchetaţi (58,1%) s-au pronunţat pentru începerea programului de creşă la 5.30, iar 19,6% dintre ei s-au pronunţat pentru începerea programului chiar la ora 5, pentru începerea programului la orele 6 dimineaţa au opinat 10,6% dintre părinţii intervievaţi, iar pentru începerea programului la ora 6.30 s-au exprimat 5,9% ; numai 5,8% dintre ei au considerat că programul creşelor ar trebui să înceapă la 7 dimineaţa. Această opţiune a părinţilor, cu consecinţe negative pentru copiii lor, ilustrează cum nu se poate mai bine condiţiile de trai dezumanizante din România şi situaţia precară a celor „prinşi" între necesitatea îngrijirii copilului şi cea a punctualităţii la locul de muncă. Opinia exprimată de mulţi dintre cei care deciseseră să nu îşi dea

1. *Anchetă de opinii privind ocrotirea copiilor în creşe*, *doc. cit.*, f. 37.

copiii la grădiniţă confirmă această situaţie dificilă. Ei argumentau că creşele se aflau prea departe de domiciliu, că mijloacele de transport erau necorespunzătoare, copilul trebuie trezit prea devreme sau părinţii nu dispun de timpul necesar să-şi ducă copiii la creşe.

Importanţa rezolvării problemei transportului la creşe răzbate şi din propunerile făcute de directoarele de creşă pentru îmbunătăţirea activităţii şi eficacităţii acestora : ca primă măsură ele propuneau înfiinţarea de mijloace de transport proprii creşelor şi înfiinţarea preponderentă şi susţinerea de creşe de cartier, mai accesibile decât cele de întreprindere. Această idee este reluată şi în propunerile finale de îmbunătăţire ale funcţionalităţii creşelor făcute în ancheta cu pricina, semn al necesităţii rezolvării acesteia[1].

Cinci ani mai târziu, controlul la peste un sfert dintre creşele existente în ţară[2], eşantion alcătuit după criterii statistice de reprezentativitate, sugera că în ciuda remedierii parţiale a problemei transportului prin înfiinţarea preponderentă a creşelor de cartier în detrimentul celor de întrepindere (din totalul de 243 de creşe controlate – 198 erau creşe de cartier, iar 43 de creşe erau de întreprindere), problema transportului copiilor la creşe reprezenta un neajuns major pentru funcţionarea lor optimă.

Astfel, deşi majoritatea creşelor erau amplasate în cartiere, la o distanţă medie de 21 de minute de locuinţa copiilor, în oraşele mari distanţele şi timpul alocat transportării copiilor erau considerabil mai mari : 94 de minute în Cluj, 78 de minute în Bucureşti, 75 de minute în Constanţa, ceea ce sugera o „slabă preocupare a organelor sanitare şi consiliilor populare faţă de problema ponderii populaţiei infantile şi a mijloacelor de transport". De asemenea, ancheta menţiona un alt aspect deosebit de grav legat de proasta amplasare a creşelor, şi anume localizarea lor în zone puternic poluate. Dacă distanţa medie pe ţară faţă de sursele de noxe era de 2.074 de metri, în judeţul Mehedinţi ea se situa în medie în jurul valorii de 200 de metri, în judeţul Iaşi în jurul valorii de 267 de metri, în Bihor în jurul valorii de 238 de metri, iar în judeţul Caraş-Severin în jurul valorii de 333 de metri. Printre propunerile făcute pentru îmbunătăţirea funcţionării creşelor se număra şi aceea a amplasării acestora cât mai departe de surse poluante, în cartiere noi, ţinând cont de densitatea populaţiei de 0-3 ani[3].

Deficienţe legate de hrana copiilor în creşe

Din anchetele Ministerului Sănătăţii, insuficienţa sau proasta calitate a hranei copiilor îngrijiţi nu răzbate decât rar, aşa cum se întâmplă în ancheta din 1973, când directoarele de creşe propuneau în vederea îmbunătăţirii funcţionalităţii creşelor majorarea alocaţiei de hrană pentru copiii din creşe la 10 lei[4]. Aceasta s-a întâmplat parţial cinci ani mai târziu, atunci când alocaţia destinată copiilor din creşe a fost stabilită la 8 lei pentru copiii înscrişi în creşe cu program zilnic şi la 9,50 lei pentru copiii înscrişi în creşe cu program săptămânal[5]. După această majorare, în urma acţiunii de control din 1978 se

1. *Ibidem*, *passim*.
2. *Informare privind evaluarea activităţii, funcţionalităţii şi eficienţei creşelor, iulie 1978*, *doc. cit.*
3. *Ibidem.*
4. *Anchetă de opinii privind ocrotirea copiilor în creşe*, *doc. cit.*
5. Decretul Consiliului de Stat nr. 232/1978 privind stabilirea alocaţiilor zilnice de hrană în unităţile sanitare, *Buletinul Oficial*, nr. 53, din 7 iulie 1978, Partea I, anexa I.

constata că „meniurile se întocmesc corect în 90% dintre unităţi de către o comisie de meniuri”[1].

Părinţii continuau însă să îşi exprime dezaprobarea faţă de cantitatea şi calitatea hranei date copiilor în creşă : în 1973 ei priveau cu suspiciune personalul creşei, care „mănâncă din porţia copiilor”[2], pentru ca aproape zece ani mai târziu responsabilii OMCT să constate : „Opinia de neîncredere a unor părinţi (...) este alimentată şi de o serie de aspecte negative din activitatea creşelor : aprovizionarea, pregătirea hranei, alimentarea, îndeosebi a copiilor de 0-1 an sau 1 an şi jumătate”[3]. Un alt document vine să confirme întemeierea acestei neîncrederi : „Aprovizionarea cu produse lactate, legume şi fructe proaspete este deficitară acolo unde consiliile populare nu asigură creşelor aprovizionare preferenţială”[4].

Semnalarea deficienţelor legate de existenţa, dotarea şi funcţionarea bucătăriilor în creşe poate fi pusă în directă corelaţie cu dificultăţile legate de asigurarea unei hrane corespunzătoare în creşe. În 1973, aproape jumătate dintre creşe nu dispuneau de bucătării dietetice[5], în 1978, în 150 de creşe din cele 243 controlate nu existau biberonerii, iar în restul de creşe acestea erau improvizate în diverse spaţii, cel mai adesea în bucătării, reducându-le suprafaţa utilă şi perturbând circuitele funcţionale. În 64 de creşe bucătăriile nu aveau circuite separate, 49 de creşe nu dispuneau de spaţii de păstrare, 64 nu aveau spaţiu suficient pentru preparare, 88 de creşe nu aveau spaţii pentru distribuirea alimentelor[6].

Dificultăţile legate de asigurarea unei hrane corespunzătoare în creşe trebuie înţelese în contextul mai larg al lipsei generale de lapte praf destinat hranei copiilor[7], dar şi a deficienţelor calitative generale constatate la produsele alimentare destinate copiilor cu vârste cuprinse între 0 şi 1 an.

Unele dintre produsele alimentare de bază pentru grupele de vârstă 0-1 an şi 1-7 ani sunt insuficient transformate dietetic, existând în plus deficienţe de ordin bacteriologic, ceea ce duce la morbiditate prin boli digestive şi de nutriţie, atât acute, cât şi cronice : distrofie, anemie alimentară, rahitism la sugari, enterocolite prelungite şi recidivante, hepatite, gastroduodenite, apariţia şi creşterea bolii ulceroase la vârste mici[8].

Probabil că acest tip de deficienţe şi neajunsuri întâmpinate în obţinerea unei hrane destinate copiilor mici şi sugarilor, un neajuns devenit cronic pe măsura trecerii anilor, i-a făcut pe responsabilii comunişti să revină la promovarea alimentaţiei naturale pentru

1. *Informare privind evaluarea activităţii, funcţionalităţii şi eficienţei creşelor, iulie 1978*, *doc. cit.*
2. *Anchetă de opinii privind ocrotirea copiilor în creşe*, *doc. cit.*
3. *Contribuţia comuniştilor din compartimentul OMCT pentru îmbunătăţirea activităţii de ocrotire, educaţie şi sănătate a copiilor din creşe şi leagăne*, *doc. cit.*
4. *Analiza modului de aplicare a reglementărilor referitoare la apărarea şi dezvoltarea sănătăţii Mamei şi Copilului cuprinse în Legea nr. 3/1978 privind asigurarea sănătăţii populaţiei, 16 sept. 1980*, *doc. cit.*
5. *Anchetă de opinii privind ocrotirea copiilor în creşe*, *doc. cit.*
6. *Informare privind evaluarea activităţii, funcţionalităţii şi eficienţei creşelor, iulie 1978*, *doc. cit.*
7. *Avizul Ministerul Sănătăţii pentru „Programul de dezvoltarea industriei alimentare din RSR” pentru perioada 1971-1975*, AMS, Fond Cabinet 1, dosar 6/1968, nenumerotat. *Informare privind situaţia actuală a mortalităţii infantile*, dosar 2/1971, nenumerotat.
8. *Avizul Ministerul Sănătăţii pentru „Programul de dezvoltarea industriei alimentare din RSR”, pentru perioada 1971-1975*, *doc. cit.*

copiii mici, fie prin încurajarea alăptatului la sân, fie prin cea a pomovării produselor lactate derivate din laptele de mamă[1].

Deficienţe legate de spaţiul creşelor

Proasta funcţionare a creşelor, care avea consecinţe directe asupra sănătăţii şi dezvoltării copiilor şi implicit asupra eficienţei acestui tip de instituţii era strâns legată de spaţiul necorespunzător din punct de vedere funcţional în care creşele îşi desfăşurau activitatea. Dacă la început această situaţie putea fi înţeleasă drept consecinţă directă a improvizaţiilor pe care creşterea bruscă a natalităţii la sfârşitul anilor '60 le presupunea din partea administraţiei comuniste, faptul că cinci ani mai târziu noile clădiri construite în scopul funcţionării drept creşe prezentau disfuncţionalităţi grave sugerează stângăcia de care responsabilii comunişti dădeau dovadă în administrarea acestui proiect.

Ancheta de opinii privind ocrotirea copiilor în creşe ajungea la concluzii deloc optimiste în privinţa clădirilor unde creşele îşi desfăşurau activitatea şi a dotărilor lor materiale. Ancheta[2] concluziona că dintre cele 81 de creşe studiate, eşantion alcătuit după reguli statistice pentru o mai bună relevanţă, doar 40 au fost construite ca să fie creşe. O singură creşă nu avea apă curentă, celelalte fiind dotate cu instalaţie proprie de apă, dar numai 55 aveau instalaţie pentru apă caldă, iar 3 creşe nu aveau canalizare.

Doar 31 de creşe dispuneau de spălătorie mecanică, iar în 22 de creşe capacitatea spălătoriilor nu satisfăcea necesităţile de utilizare. În 21 de creşe utilajele folosite în spălătorie nu corespundeau din punct de vedere al stării lor fizice, necesitând înlocuirea lor ; 36 de creşe nu aveau uscătorii, iar la 58 de creşe suprafaţa pentru uscat nu era suficientă. 14 creşe nu aveau băiţe pentru copii, iar în celelalte 67 de creşe numărul de băiţe era în medie de 1,5 băiţe de creşă. Exista un număr de creşe care nu dispunau nici de băiţe şi nici de duşuri pentru copii, ceea ce constituia o mare deficienţă din punct de vedere medico-sanitar.

Mobilierul nu era corespunzător în 20 de creşe, jucăriile nu erau corespunzătoare pentru grupurile de vârstă respective în 13 oraşe, iar în 42 nu erau în general suficiente. Nu aveau curte pentru jocul copiilor 14 creşe, iar din cele care aveau, 21 nu erau corespunzătoare. În propunerile directoarelor de creşe pentru îmbunătăţirea funcţionalităţii se menţiona necesitatea de a avea curţi şi terase acoperite pentru programul în aer liber al copiilor, spălătorii şi uscătorii mecanice, autoclav, pentru biberoane, mobilier şi jucării mai multe şi adecvate grupelor de vârstă[3].

Dacă în 1973 deficienţele legate de construcţii ţineau în primul rând de faptul că creşele îşi desfăşurau activitatea în clădiri improprii, destinate iniţial altui scop, în 1978 se constata[4], în urma controlului a peste 243 de creşe, reprezentând un procent de aproximativ 25% din totalul creşelor din România, că această situaţie fusese remediată semnificativ prin construcţia de clădiri destinate să funcţioneze drept creşe, realizate

1. Decretul Consiliului de Stat nr. 100/1977 privind acordarea unor drepturi femeilor donatoare de lapte de mamă, *Buletinul Oficial*, nr. 53, din 7 iulie 1977, Partea I ; AMS, Fond OMCT, dosar 3/1986, nenumerotat, „Punctaj, 9 iunie 1986".
2. *Anchetă de opinii privind ocrotirea copiilor în creşe*, *doc. cit*.
3. *Ibidem*.
4. *Informare privind evaluarea activităţii, funcţionalităţii şi eficienţei creşelor, iulie 1978*, *doc. cit*.

după proiecte-tip. În noile clădiri se încerca să se rezolve neajunsurile legate de spaţiul necorespunzător al creşelor semmnalate în anii anteriori.

Totuşi, se constata că şi clădirile realizate după noile proiecte tip prezintă neajunsuri funcţionale. Holurile erau supradimensionate, ceea ce ducea la reducerea suprafeţei utile ce revenea unui copil în camerele de grupă la 2,75 m^2. În acest spaţiu se desfăşura întreaga activitate a copilului, în camere necompartimentate, fără separarea dormitorului de camera de joc propriu-zisă. În condiţiile suprasolicitării unor creşe, situaţie de altfel frecventă, spaţiul revenind unui copil se reducea la valori sub 2,3 m^2.

Terasele destinate copiilor erau prost amplasate, în zone umbroase, şi astfel rămâneau neutilizate în cea mai mare parte a anului sau erau utilizate în alte scopuri. În aproape toate creşele, spaţiile auxiliare (bucătării, uscătorii, grupuri sanitare) erau subdimensionate în raport cu cerinţele. Majoritatea creşelor nu dispuneau de vestiare şi spaţii de depozitare, astfel că în bună parte acestea fuseseră obţinute prin schimbarea destinaţiei iniţiale a altor spaţii. Se constata astfel că 116 dintre creşele controlate nu aveau spaţii pentru uscătorii, în 159 de creşe spaţiul improvizat pentru uscătorii era insuficient.

Aceste deficienţe nu ţineau în totalitate de proasta alcătuire a poiectelor-tip de construcţie a creşelor, ci şi de proasta administrare a organelor judeţene care se ocupau cu probleme sanitare, urbanism, conducerea şi administrarea directă a creşelor. Spre exemplu, prin modificarea locală a proiectului-tip, 24 de creşe noi cu capacitatea de 100 de locuri aveau din construcţie o singură intrare pentru toate cele 4 grupe.

Pe de altă parte, în majoritatea creşelor noi cu 100 de locuri care aveau două intrări, din iniţiativa locală, una dintre intrări a fost blocată, spaţiul respectiv fiind utilizat în alte scopuri. În 143 de creşe, din lipsă de spaţiu, s-a renunţat la bazinele pentru dezinfecţia oliţelor, recurgându-se la recipiente improprii. Se constata de asemenea reducerea substanţială a curţilor de joacă: 56 de creşe nu aveau deloc curţi de joacă, 102 creşe aveau curţile reduse la 100-500 m^2, numai 40 de creşe având curţi de peste 1.000 m^2. Curţile de joacă erau, acolo unde existau, slab dotate, având doar câteva balansoare, leagăne prost dimensionate şi o groapă cu nisip.

Mobilierul şi îmbrăcămintea, deşi suficiente cantitativ şi bine întreţinute, nu erau adecvate estetic şi funcţional în raport cu vârsta copiilor. Jucăriile distractive şi didactice erau insuficiente în peste 50% dintre creşe şi nu corespundeau vârstei copiilor şi stimulării lor psihomotorii. Obiectele de igienă personală pentru copii erau nesatisfăcătoare, calitativ şi cantitativ. Grupurile sanitare erau insuficente şi prevăzute cu duşuri fixe, ceea ce nu permite efectuarea băilor parţiale.

În contextul acestor defecţiuni majore, cu consecinţe directe asupra funcţionalităţii creşelor şi sănătăţii copiilor crescuţi acolo, se propunea reanalizarea ultimelor proiecte-tip de creşe, cu reaşezarea suprafeţelor destinate diverselor funcţiuni, în vederea îmbunătăţirii circuitelor şi suprafeţelor utile. De asemenea, se cerea respectarea circuitelor şi destinaţiei iniţiale a diverselor spaţii în creşele deja construite, schimbările destinaţiei iniţiale a spaţiilor putându-se face numai cu avizul Sanepidului şi al direcţiilor sanitare judeţene. Se prevedea totodată asigurarea unei dotări adecvate a creşelor cu mobilier, îmbrăcăminte şi jucării, asigurarea de curţi de joacă bine dimensionate şi dotate, precum şi dotarea cu spaţii verzi[1].

1. *Ibidem.*

La sfârşitul anului 1981, se constata persistenţa unor deficienţe care trebuiau avute în vedere şi remediate, şi anume : spaţii insuficiente de joacă (îndeosebi în aer liber), lipsuri în dotarea acestor creşe cu material didactic ; spaţii mici pentru anexe, bucătării, uscătorii, magazii etc. (inclusiv o serie de circuite defectuoase ale acestor spaţii), mobilier neadecvat vârstei copiilor (de dormit şi joacă)[1].

Recapitulând, funcţionarea creşelor în România anilor '70-'80 rămâne marcată nu numai de insuficienţa locurilor puse la dispoziţie, ceea ce ducea la supraaglomerarea creşelor, dar şi de precarităţi persistente care afectau în mod direct sănătatea şi dezvoltarea neurofiziologică şi emoţională a celor îngrijiţi. Morbiditatea ridicată din creşe reprezenta o consecinţă directă a lipsei de spaţiu şi amenajări din grădiniţe, a lipsei de îngrijire medicală, a lipsei de căldură şi apă caldă, a insuficienţei, abstenteismului şi abuzurilor unui personal de îngrijire excedat de numărul mare de copii pe care îl avea în îngrijire, a deficienţelor legate de transportarea copiilor la creşe şi a hranei insuficiente. Iar lipsa jucăriilor adecvate, a spaţiilor de joacă, a teraselor însorite nu putea decât să influenţeze negativ dezvoltarea psihologică şi emoţională a copiilor.

În aceste condiţii, definirea de către lege a rolului creşei ca unitate sanitară care trebuia să „asigure un program educativ, complex, adaptat fiecarei grupe de vârstă, în vederea stimulării dezvoltării sănătoase a copiilor şi însuşirii deprinderilor igienice adecvate vârstei ; să acorde îngrijirea medicală şi să asigure măsurile necesare pentru prevenirea şi combaterea bolilor, în special a celor transmisibile ; să asigure alimentaţia raţională şi individualizată, precum şi folosirea de mijloace specifice pentru creşterea rezistenţei şi întărirea organismului copiilor"[2] devine aproape ironică, contrazisă punctual de realitatea condiţiilor de viaţă în creşele comuniste, şi ea cosmetizată de limbajul de lemn al optimismului comunist.

Corina Doboş

1. *Contribuţia comuniştilor din compartimentul OMCT pentru îmbunătăţirea activităţii de ocrotire, educaţie şi sănătate a copiilor din creşe şi leagăne*, *doc. cit.*
2. Legea nr. 3/1978, art. 35, *doc. cit.*

Concluzii

Creşterea demografică a fost privită ca oricare alt proiect economic al regimului comunist. Existau responsabili, un plan de activităţi şi mai ales norme de evaluare a reuşitei acţiunii. Ministerul Sănătăţii a fost unul dintre principalii responsabili, planul de acţiune s-a concentrat în jurul limitării numărului avorturilor şi în special al celor clandestine. Un rezultat satisfăcător presupunea un număr cât mai mare de piese produse, în acest caz de copii născuţi. O serie de factori au favorizat dezumanizarea ce a caracterizat programul de politică natalistă. Principalele modificări care au fost aduse în conducerea Ministerului Sănătăţii şi în organizarea lui au mers în direcţia unui control tot mai accentuat exercitat asupra acordării asistenţei medicale. Noii actori implicaţi în slujba sănătăţii generale erau reprezentaţi de instituţii şi organizaţii care, de cele mai multe ori, nu interesau cu nimic actul medical. Lipsa de reacţie a conducerii Ministerului Sănătăţii s-a transmis tuturor angajaţilor din sistem. Şi cum s-ar fi putut în mod real opune o sumă de medici bărbaţi unei politici care viza strict universul femeilor, atunci când însăşi poziţia minorităţii feminine nu era una contestatară? Ce ar fi reprezentat pentru un membru al nomenclaturii, aşa cum erau persoanele numite în conducerea Ministerului Sănătăţii, o atitudine de frondă faţă de directivele partidului?

La acestea s-a adăugat un control tot mai susţinut asupra corpului medical, o altă metodă de a deservi sistemul medical diferitelor interese de natură strict politică. Dacă rezultatele în privinţa îmbunătăţirii indicilor demografici nu au fost cele scontate, cu siguranţă însă, la nivelul populaţiei, controalele medicale obligatorii au fost privite ca o intruziune indezirabilă, o violare a vieţii private, a intimităţii familiilor în general şi a femeilor în special. Singurul rezultat concret a fost permanenta stare de presiune pusă asupra corpului medical, principalul factor investit cu responsabilitatea înfăptuirii politicii demografice în România sau, după caz, principalul vinovat în ochii autorităţilor comuniste pentru falimentul acesteia. La nivelul Ministerului Sănătăţii, acţiunile de îndrumare şi control au continuat să reprezinte până la căderea regimului comunist o componentă principală a planului de îmbunătăţire a indicilor demografici. Acţiunile Ministerului Sănătăţii au fost dublate de activitatea altor instituţii care aveau un rol în controlul strict al evoluţiei indicilor demografici. Indiferent dacă vorbim despre colegiile de disciplină ale personalului sanitar sau planurile de măsuri întocmite de Consiliul Sanitar Superior ori Comisia Naţională de Demografie, rezultatele aşteptate de către autorităţile comuniste au întârziat să apară. Încercarea de a intimida cadrele medico-sanitare şi îmbunătăţirea indicilor demografici prin eliminarea avortului clandestin au eşuat.

Pe măsură ce intervenţiile asupra personalului sanitar îşi dovedeau ineficienţa, autorităţile comuniste au făcut tot mai mult apel la instituţiile represive, diferitele direcţii

ale Ministerul Afacerilor Interne fiind primele implicate. Fie că vorbim despre prezenţa în componenţa comisiilor de întrerupere a sarcinii sau misiunea de a acoperi informativ unităţile sanitare, cu o atenţie deosebită acordată recrutării de informatori în maternităţi, spitale, cabinete de obstetrică şi ginecologie, dispensare sau unităţi medicale de întreprindere, prezenţa angajaţilor MAI făcea parte din normalitatea unităţilor sanitare româneşti în timpul regimului comunist. Fiecare cetăţean era un potenţial infractor, iar miile de cazuri trimise anual în faţa instanţelor sub învinuirea practicării întreruperii ilicite a sarcinii nu făceau decât să întărească convingerea responsabililor cu înfăptuirea politicii demografice că doar un control susţinut asupra populaţiei putea conduce la rezultatul scontat. Similar cu modul de concepere a legislaţiei privind întreruperea de sarcină, regimul comunist a privilegiat măsurile de tip negativ, bazate pe represiune, control, supravegherea populaţiei.

Evoluţia numărului avorturilor ulterior adoptării Decretului nr. 770/1966 reprezintă una dintre dovezile falimentului politicii demografice a regimului Ceauşescu. Odată cu apariţia şi permanentizarea unui model comportamental şi familial care promova familia cu unu-doi copii, toate măsurile pronataliste ale autorităţilor s-au lovit de refuzul tacit, dar foarte activ al populaţiei feminine. În practică, împotrivirea de a da naştere unui număr mai mare de urmaşi s-a tradus printr-o creştere constantă a numărului de avorturi, fie ele legale, incomplete sau provocate. În 1982, cifra totală a întreruperilor de sarcină consemnate de autorităţile sanitare a fost de 468.041 de cazuri. În acelaşi an, Franţa, la o populaţie dublă comparativ cu cea a României şi în condiţiile liberalizării avortului, înregistra 181.122 de cazuri de întrerupere voluntară a sarcinii. Dacă asupra evoluţiei numerice a categoriei avorturilor legale s-a putut interveni prin modificări ale Decretului nr. 770/1966, avorturile incomplete s-au caracterizat printr-o constanţă a valorilor înregistrate, descreşterea din 1984 fiind cauzată strict de metodologia folosită la înregistrarea statistică a avorturilor. Incapacitatea autorităţilor de a opri avalanşa avorturilor ilegale s-a reflectat şi în cifrele atinse de mortalitatea maternă prin avort, cauză care însuma peste 85% din totalul cazurilor înregistrate în rubrica decese materne. O comparaţie cu spaţiul european este caducă, decesul prin avort empiric fiind eradicat în majoritatea ţărilor europene încă de la mijlocul anilor ’70. Principalele cauze care conduceau la decesul prin avort arată disperarea femeilor de a înlătura o sarcină nedorită. Otrăvirea, automutilarea şi bineînţeles permanentul risc al morţii prin şoc toxico-septic erau realităţi acceptate. Nu exista vârstă, nivel de educaţie ori mediu social ferite de acest flagel. Eleve de liceu, muncitoare, casnice pot fi regăsite în mod egal pe listele victimelor decesului matern.

În ciuda numărului mare al întreruperilor de sarcină, rata abandonului a fost şi ea una semnificativă. Însumând cifrele copiilor aflaţi în diferitele instituţii de „ocrotire”, ajungem la cifra globală de 125.000 de minori abandonaţi, valoare care confirmă unele dintre cifrele vehiculate de presa română şi străină imediat după decembrie 1989. Numărul mare al copiilor aflaţi în dificultate a luat prin surprindere instituţiile statului comunist, incapabile să asigure instituţionalizarea în bune condiţii a tuturor minorilor abandonaţi, în cea mai mare parte din cauza dificultăţilor economice. Subfinanţarea cronică a sistemului de asistenţă socială a condus la deteriorarea treptată a condiţiilor oferite în instituţiile „de ocrotire”. Consecinţa directă a fost o rată a îmbolnăvirilor şi a mortalităţii peste media naţională a vremii, în condiţiile în care, prin valorile mortalităţii infantile înregistare, România se plasa mai aproape de ţările Americii de Sud decât de celelalte ţări europene. Principalele cauze asociate mortalităţii infantile, distrofia şi

infecţiile respiratorii, arată la rândul lor deprecierea condiţiilor de viaţă nu doar în cadrul sistemului de ocrotire, ci şi în familiile celor mai mulţi dintre români. Promisiunea statului comunist faţă de femeile care alegeau să intre într-o activitate salariată, mai exact preluarea de către instituţiile publice, conform principiilor marxiste, a responsabilităţilor casnice, în special supravegherea copiilor, nu a fost nici ea respectată. Deşi infrastructura instituţiilor şcolare şi de îngrijire a copilului mic a crescut neîntrerupt, condiţiile oferite erau departe de normele fireşti de funcţionare. Lipsa încălzirii, a apei calde sau chiar curente, rata mare a îmbolnăvirilor, aprovizionarea deficitară, supraaglomerarea făceau ca părinţii să fie reticenţi în a-şi trimite copiii de la vârste fragede în grija unor astfel de instituţii, creşele fiind de departe cele mai ocolite. Se adăuga astfel o nouă dificultate în viaţa tinerelor familii.

Credem că prin studiile din acest volum am reuşit să demonstrăm natura criminală a programului demografic iniţiat şi implementat de regimul Ceauşescu. Venind în continuarea volumului I al cercetării, am arătat mecanismele politicii obtuze duse de statul comunist, prin intermediul cărora s-a forţat, indiferent de consecinţe, creşterea natalităţii peste limita de sustenabilitate a unui sistem sanitar subfinanţat şi într-o societate lipsită de mijloacele financiare necesare.

Luciana M. Jinga

Anexe

Anexa 1

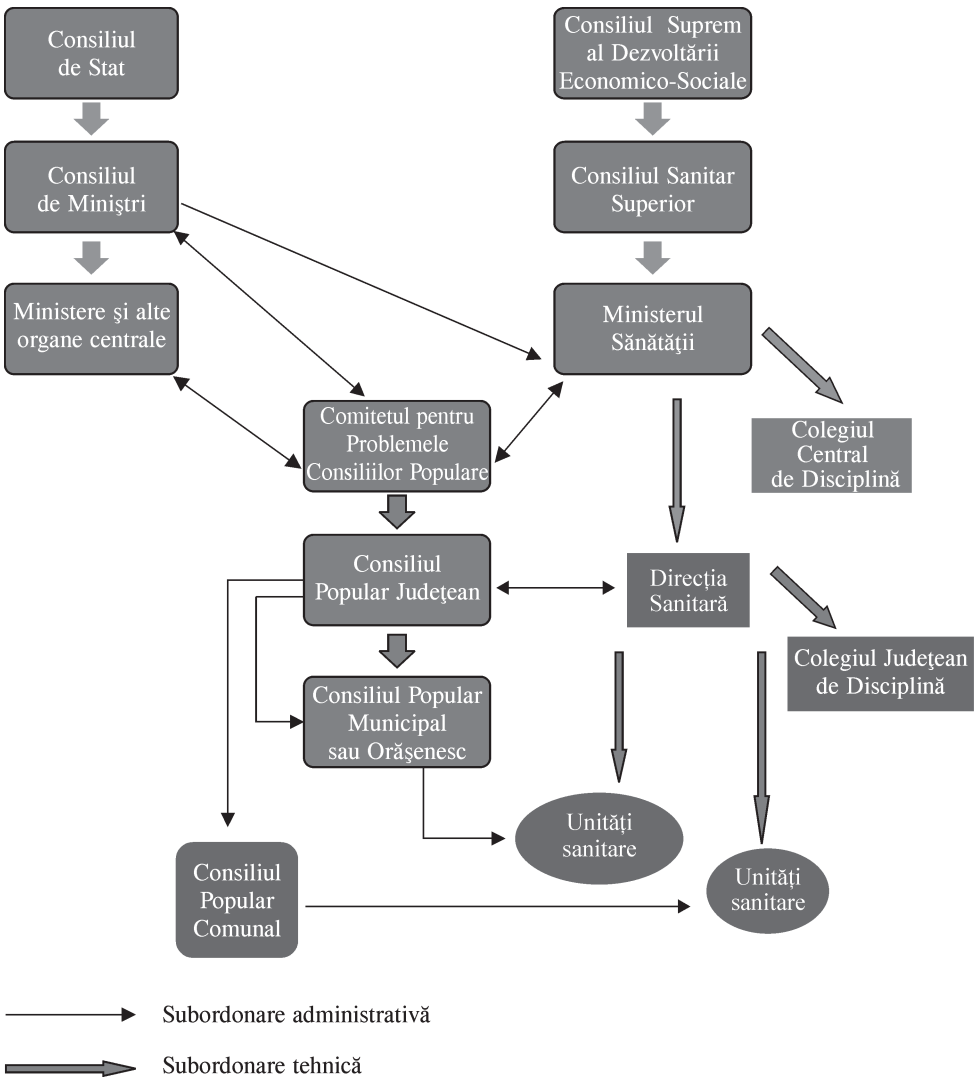


Figura. 1. *Schema de subordonare a sistemului sanitar*

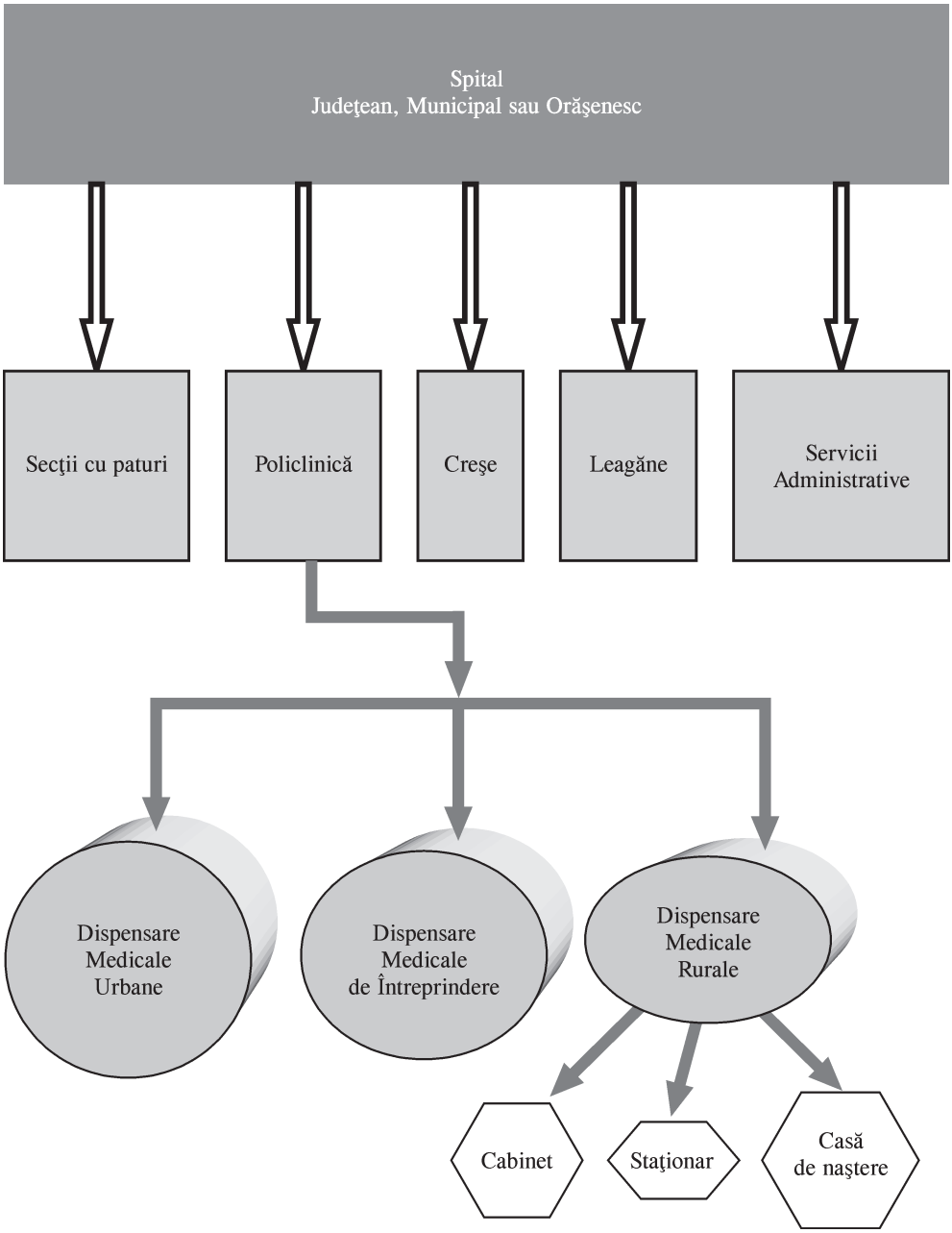


Figura 2. *Structura unui spital*

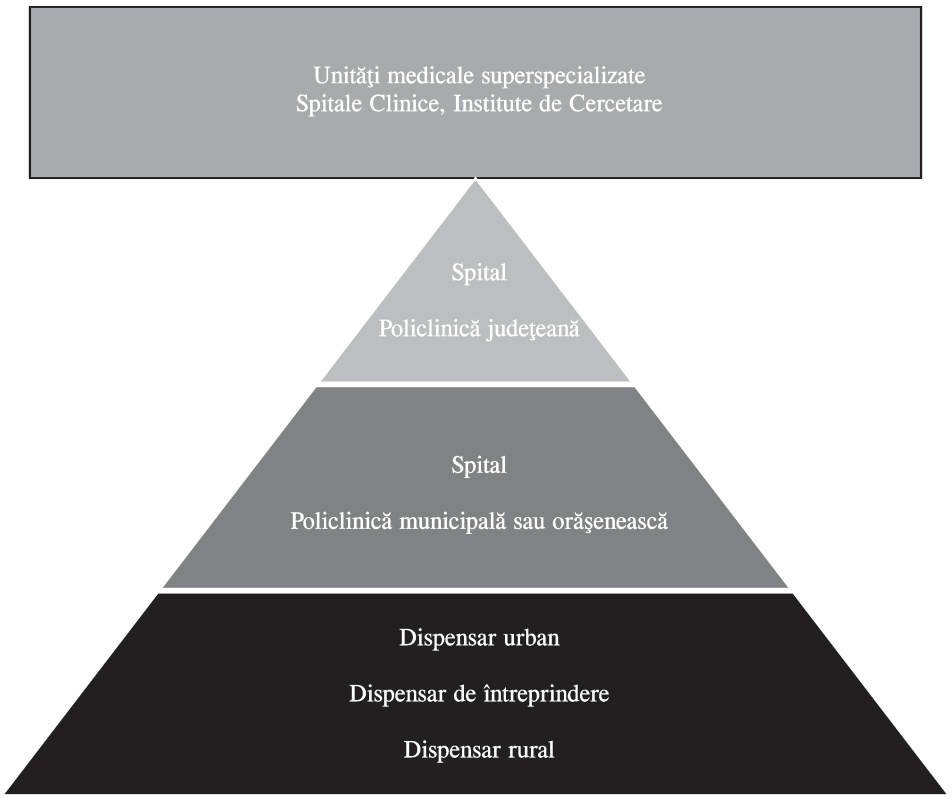
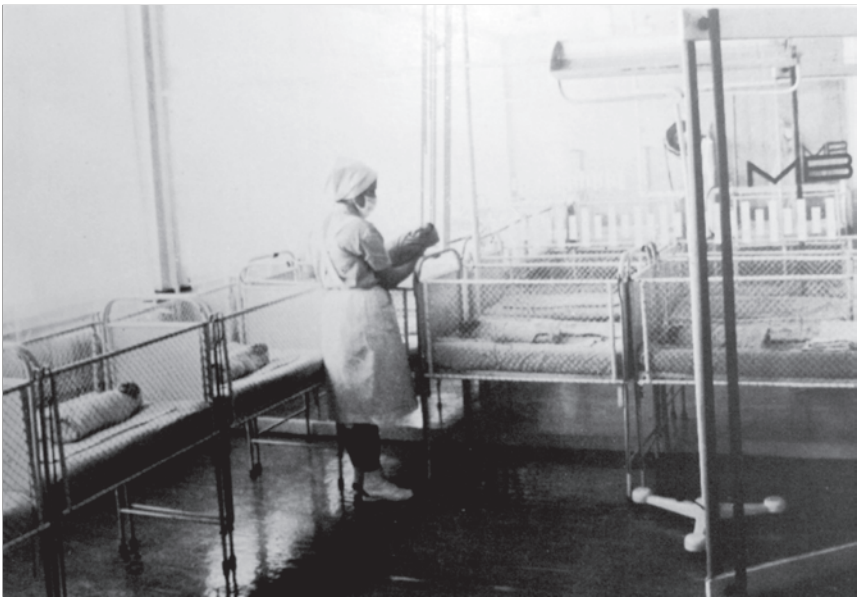


Figura 3. *Reţeaua unităţilor sanitare de bază*

Anexa 2

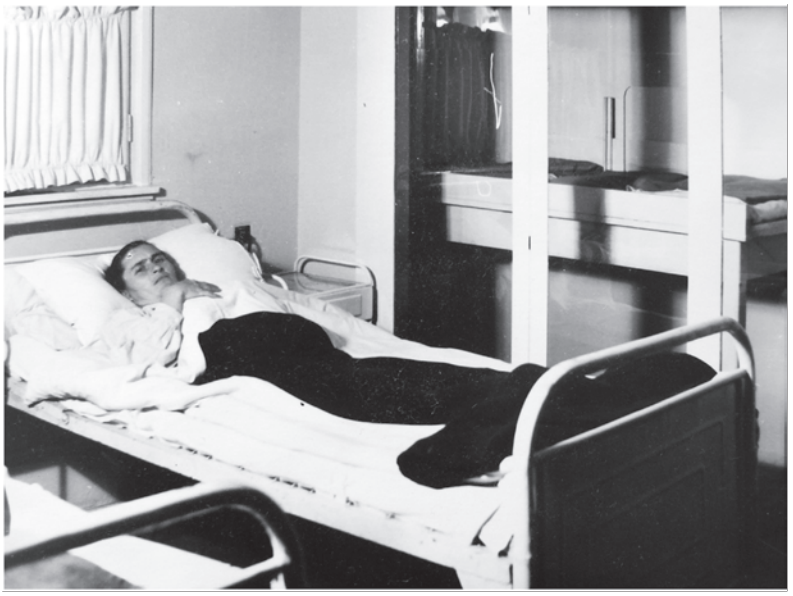
Fotografii şi documente

Aspect din Maternitatea Bacău (sursa : Ministerul Sănătăţii, *Ocrotirea sănătăţii în România*, Editura Medicală, Bucureşti, 1971)



Aspect din Casa de naştere din comuna Lunca (sursa : Ministerul Sănătăţii, *Casele de naştere comasate* – album)

Aspect din Casa de naştere din comuna Lunca (sursa : Ministerul Sănătăţii, *Casele de naştere comasate* – album)



Spitalul de pediatrie din Iaşi (sursa : Ministerul Sănătăţii, *Ocrotirea sănătăţii în România*, Editura Medicală, Bucureşti, 1971)

Notă privind controlul efectuat de echipa de control, îndrumare tehnică şi sprijin metodologic a Ministerului Sănătăţii la Întreprinderea „Pionierul” Bucureşti (sursa : AMS, fond DAM-OMCT, dosar 3/1987)

ECHIPA DE CONTROL
INDRUMARE TEHNICA SI SPRIJIN METODOLOGIC
"MINISTERUL SANATATII"
PENTRU SECTORUL 4
- Dr.Constantinescu Aurelian
- Dr Ciulcu Petre
- Dr.Beldescu Nicolae
- Dr.Georgescu Cristina

NOTA DE CONTROL - INTREPRINDEREA PIONIERUL

I. Asistenţa sănătăţii populaţiei,creşterea calităţii asistenţei medicale şi prevenirea îmbolnăvirilor.

1. Dispensarul este normat cu un post medic-ocupat prin detaşări şi 4 posturi cadre medii (din care o moaşă).

Personalul medico-sanitar asigură asistenţă medicală pentru cca.3 155 oameni ai muncii dintre care 2 524 femei (8o%), 2o99 între 16-45 ani , 113o între 16-3o ani.

- Dispensarul se află amplasat în afara întreprinderii într-un spaţiu necorespunzător.
- Dotarea dispensarului este insuficientă atît în ceeace priveşte mobilierul cît şi aparatura.Figierul se află într-o stare avansată de degradare,dispensarul nu are un aparat pentru sterilizare,nu este dotat cu tub de oxigen.

Intreprinderea nu se preocupă de dotarea corespunzătoare a dispensarului propriu.

- Activitatea de dispensarizare a bolnavilor cronici trebuie îmbunătăţită. Astfel,se recomandă reevaluarea individuală a bolnavilor cuprinşi în această acţiune precum şi analiza anuală a eficacităţii acţiunii.

II. Asistenţa medicală a mamei şi copilului

1. Total personal angajat: 3155
2. Total femei :2524
3. Femei de vîrstă fertilă:(16-45 ani):2o99 .
4. Femei la vîrsta de maximă fertilitate(2o-3o ani): 113o
5. Evidenţa naşterilor în perioada 1985-1988(trim.I) prezintă următoarele aspecte:
- 1985 - 27o naşteri
- 1986 - 266 naşteri
- 1987 - 22o naşteri
- Trim.I. 1988 - 51 naşteri

- 2 -

6. In evidenţa dispensarului medical,la sfîrşitul trim. I. 1988 se aflau un numar de 127 gravide repartizate conform vîrstei gestaţionale dupa cum urmeaza:
- trim. I. - 82 gravide
- trim. II.- 45 gravide
- trim. III -

7. Sînt dispensarizate un număr de 42 gravide cu risc obstetrical crescut .

8. Respectarea legislatiei de protectia gravidei se concretizează în următoarele aspecte:
- nr.de gravide cu program redus - 16
- nr.de gravide la care s-a schimbat locul de muncă- 3
- nr.femei care si-au întrerupt activitatea pentru îngrijirea copilului - 32 (trim. I 1988).

9. Fenomenul avortogen caracterizat prin raportul naşteri/averturi în ultimiani a fost reprezentat de :
- 1985 - 270 nasteri / 9 avorturi
- 1986 - 266 naşteri/6 avorturi
- 1987- 220 naşteri / 13 avorturi
- 1988 - trim. I. /51 nasteri/6 averturi.

10. In cursul anului 1987 si atrim. I 1988 nu s-au înregistrat decese materne prin complicatii ale nasterii şi avortului;deasemenea nu s-au înregistrat intervenţii radicale pentru complicaţii grave ale avortului. Consemnăm ca factori nocivi,în special pentru femeile gravide,ortostatismul prelungit(întîlnit la muncitoarele care lucrează la benzile de tras),substanţele chimice(toluen,amoniac,formaldehidă,pulberi de cauciuc etc,).Stabilirea diagnosticului de sarcină esteurmată de schimbarea locului de muncă,dacă aici se găsesc noxe profesionale-factori toxici pentru produsul de conceptie)

11. Intreprinderca dispune de o grădiniţă pentru copii de vîrstă preşcolară(3-6 ani),cu 90 de locuri de care beneficiază un număr de 8 copii ai oamen lor muncii din Întreprinderea Pionierul .

12. Din cele 2524 de femei catagrafiate la sfîrşitul trim.I. au fost examinate în cadrul controlului periodic un nr.de 1079 femei. Menţionăm că aceastăă ocazie că în examinare ginecologică periodică au colaborat medicul de medicină generală din cabinetul de întreprindere şi medicul specialist obstetrician-ginecolog - Dr.Cearnes Mircea din Policlinica Bucur,care se deplasează la Cabinetul medical al întreprinderii o zi pe săptămînă. Cu ocazia controlului periodic efectuat în primele 4 luni ale anului 1988 s-au depistat 104 gravide care au fost astfel nou luate în evidenţă şi 101 ginecopate prezentînd o patologie diversificată cervio vaginală (62 cazuri) şi utero anaxială (39 cazuri).

au s-au decelat leziuni neoplazice în sfera genitomamară.Consemnăm de asemenea efectuarea a 228 examene colpo citologice şi 18 colposcopii.

13. Dintre femeile angajate ,~~254~~ sînt navetiste,dintre acestea 31 în Sectorul Agricol Ilfov şi 23 din Judetele Giurgiu,Teleorman si Călăraşi.

III. Măsuri pentru respectarea normelor igienico-sanitare

Verificîndu-se starea igienico-sanitară a întreprinderii "Kioniorul" se constată următoarele:

- Salubritatea satisfăcătoare în interiorul secţiilor cît şi în indinta curţii,excepţie făcînd grupurile sociale -din unele secţii care nu sînt prevăzute cu personal de întreţinere-

- Aprovizionarea cu apă potabilă se realizează din reţeaua ICAB ,iar apele reziduale sînt deversate direct în reţeaua de canalizare a oraşului cu avizul O.G.A.

- Alimentaţia colectivă este asigurată prin Cantina Intreprinderii Dîmboviţa- Condiţiile igienico-sanitare de preparare,transport,desfacere sînt supravegheate de către organele sanitare ale C.S.A.M.B..

Nu s-au înregistrat episoade de toxiinfectii alimentare .

- Examenele medicale la angajare şi controlul preventiv periodic al personalului expus la noxe profesionale se realizează în conformitate cu indicaţiile Ordinului M.S. Nr.15/1982 ,examinări la care participă toate eşaloanele medicale prevăzute de aceştea.

In anul 1988 s-a declarat cu un caz de boală profesională. dermită de contact-In urma propunerii laboratorului medical conducerea Intreprinderii a luat măsuri de schimabare a locului de muncă a persoane expusă la noxe.

Ca urmare a determinărilor de mediu efectuate de către laborator rul de toxicologia mediului industrial CSAMB s-a constatat încadrarea în CMA a diferitelor noxe cu exceptia concentartiilor pulberilor în unele sectii.La propunera controalelor organelor C.S.A. s-a întocmit un plan de măsuri cu termene de executare si responsabilităţi menite a reduce sub limite noxele care au depăşit C.M.A. republicane de protectia muncii în vederea prevenirii îmbolnăvirilor profesionale.Verificîndu-se efectuare la termenele stabilite a măsurilor ce urmau a fi luate s-a constatat:compartimentul de protectia muncii a verificat unele ventilatoare de aspiratie şi captare a pulberilor ,iar unele hote au fost dotat cu tubulatura necesară.

Organele C.S.A.M.B. au luat măsuri coercitive de la caz la caz conform legislatiei sanitare,asupra factorilor responsabili cu protectia muncii.

Organele de gospădărie comunală au aplicat conducerii Intre-

- 4 -

...rinderii Pionierul prevederile Legii 1o/1983 pentru depozitare ...ecor spunzătoare a materialelor recuperabile.

Controlul condiţiilor igienico-sanitare din unitatea de preşcolari ...patronată de întreprinderea P...onierul- Grpdiniţa Nr.6o - a pus în ...videnţă preocupările factorilor de răspundere .

Verificîndu-se registrul de evidenţă sanitară se constată ...existenţa planului tematic pentru fiecare cadru medico-sanitar cu accent deosebit pe problematica preventivă şi de risc a stării de sănătate.

Faţă de cele constatate se impun luarea măsurilor necesare de către conducerea întreprinderii:

1- verificarea periodică a ventilatoarelor de aspiraţie şi captare a pulberilor din punct de vedere mecanic şi electric şi îmbunătăţirea sistemului de aspiraţie locală.

2- dotarea cu tubulatură de racordare a tuturor hotelor de absorbţie. Termen: trim. II 1988 -

3. -repararea în întregime a acoperişului pentru prevenirea infiltraţiilor pluviale.

Termen : trim. II 1988

4. Se vor intensifica măsurile luate de către fiecare şef de secţie în ceeace priveşte autogospodărirea atît în spaţiul de lucru cît şi în anexele sociale în vederea asigurării salubrităţii acestora.

Termen : permanent

5. Se vor lua măsuri pentru asigurarea salubrităţii spaţiilor de depozitare a deşeurilor, salubrităţii străzilor şi a perimetrelor arondate. Termen: permanent

6. Igienizarea localului grădiniţei prin lucrări de zugrăvire, reuleiere şi reperatii curente.

Termen: 3o Aug.1988

7. In vederea asigurării condiţiilor necesare procesului intructiv-educativ corespunzător tematicii Ministerului Educatiei si Invăţămîntului, întreprinderea va lua măsuri de dotare a grădiniţei nr.6o cu aparat de proiectie si pic-up. Termen : 3o Sept. 1988

12. V.1988

- Dr Constantinescu Aurelian
- Dr.Ciulcu Petre
- Dr.Beldescu Nicolae
- Dr.Georgescu Cristina

Articol din *România liberă* cu privire la constituirea Comisiei Naţionale de Demografie (sursa : *România liberă*, 4 iunie 1971)

„România liberă"

ŞEDINŢA DE CONSTITUIRE A COMISIEI NAŢIONALE DE DEMOGRAFIE

La Palatul Consiliului de Stat al Republicii Socialiste România a avut loc joi dimineaţa şedinţa de constituire a Comisiei Naţionale de Demografie.

La şedinţă au luat parte tovarăşii Emil Bodnaraş, membru al Comitetului Executiv, al Prezidiului Permanent al C.C. al P.C.R., vicepreşedinte al Consiliului de Stat şi Constantin Stătescu, secretarul Consiliului de Stat.

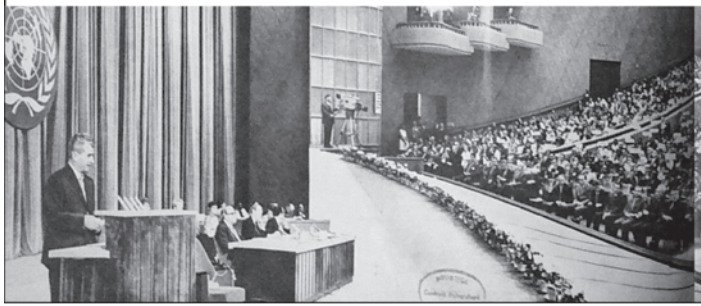
Prin Decret a fost stabilită componenţa Comisiei Naţionale de Demografie — organ al Consiliului de Stat — şi care este formată din oameni de ştiinţă, cadre didactice şi alte cadre cu înaltă pregătire a căror activitate este legată de problemele de demografie, precum şi reprezentanţi ai Consiliului Economic, Comitetului de Stat al Planificării, Ministerului Sănătăţii, Ministerului Muncii, Ministerului Finanţelor, Ministerului Învăţămîntului, Comitetului de Stat pentru Cultură şi Artă, Ministerului Justiţiei, Ministerului Forţelor Armate, Ministerului Afacerilor Interne, Comitetului de Stat pentru Economia şi Administraţia Locală, Direcţiei Centrale de Statistică, Academiei de Ştiinţe Medicale, Consiliului Central al Uniunii Generale a Sindicatelor, Consiliului Naţional al Femeilor, Uniunii Tineretului Comunist şi Uniunii Naţionale a Cooperativelor Agricole de Producţie.

În cadrul şedinţei a luat cuvîntul tovarăşul Emil Bodnaraş, care a transmis celor prezenţi salutul conducerii superioare de partid şi de stat, personal al tovarăşului Nicolae Ceauşescu, subliniind totodată importanţa şi sarcinile care revin Comisiei Naţionale de Demografie.

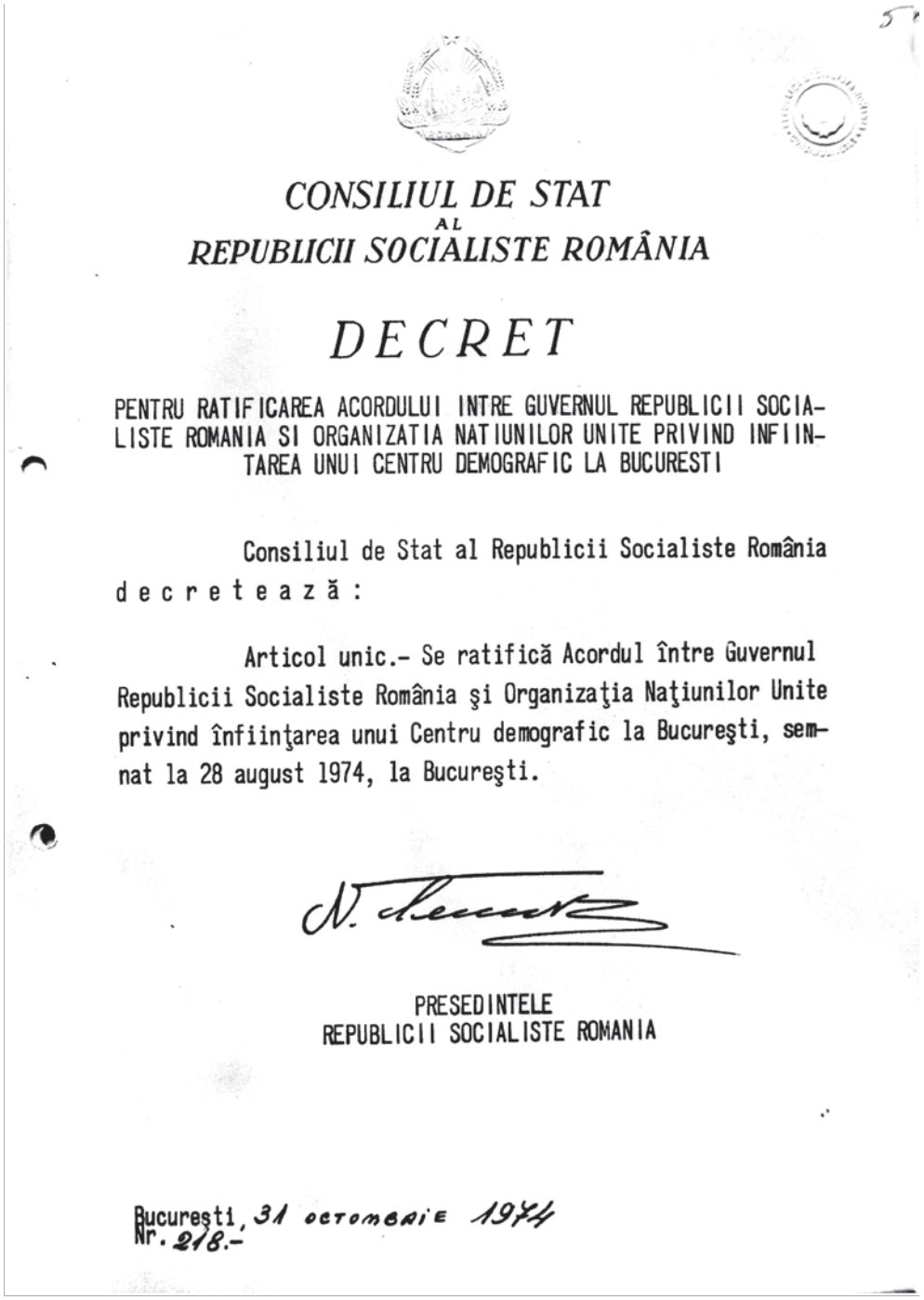
Tovarăşul Roman Moldovan, preşedintele Comisiei Naţionale de Demografie, a prezentat unele probleme privind activitatea de viitor şi a exprimat angajamentul membrilor comisiei, faţă de conducerea de partid şi de stat, de a aduce o contribuţie cît mai rodnică, pentru realizarea atribuţiilor stabilite. (Agerpres).

Aspecte din timpul desfăşurării Conferinţei Mondiale a Populaţiei, 19 august 1974, Bucureşti, Sala Palatului (sursa : *Flacăra* din 24 august 1974)

Participanti la Conferinta mondiala a populatiei intr-o sala de dezbateri.



Decretul de ratificare a acordului între Guvernul RSR şi ONU privind înfiinţarea unui centru demografic la Bucureşti (sursa : AMAE, Problema 241, ONU/CES, dosar 6251/1974)



CONSILIUL DE STAT
AL
REPUBLICII SOCIALISTE ROMÂNIA

DECRET

PENTRU RATIFICAREA ACORDULUI INTRE GUVERNUL REPUBLICII SOCIALISTE ROMANIA SI ORGANIZATIA NATIUNILOR UNITE PRIVIND INFIINTAREA UNUI CENTRU DEMOGRAFIC LA BUCURESTI

Consiliul de Stat al Republicii Socialiste România

d e c r e t e a z ă :

Articol unic.- Se ratifică Acordul între Guvernul Republicii Socialiste România şi Organizaţia Naţiunilor Unite privind înfiinţarea unui Centru demografic la Bucureşti, semnat la 28 august 1974, la Bucureşti.

PRESEDINTELE
REPUBLICII SOCIALISTE ROMANIA

Bucureşti, 31 octombrie 1974
Nr. 218.-

Ordin al ministrului Sănătăţii privind suspendarea dreptului de exercitare a profesiei unor cadre sanitare (sursa : AMS, fond Ordine MS, dosar 3/1986)

MINISTERUL SANATATII

O R D I N Nr 201. 16. mai 1986
==========

privind suspendarea dreptului de exercitarea profesiei unor cadre sanitare

Ministerul Sănătăţii,

Văzînd hotărîrea Colegiului central de disciplină a personalului sanitar adoptată în şedinţa din 27 martie 1986 cu privire la suspendarea dreptului de exercitarea profesiei unor cadre sanitare vinovate de săvîrşirea infracţiunii de întrerupere ilegală a cursului sarcinii ;

Avînd în vedere că vinovăţia cadrelor respective este stabilită de organele competente în cursul urmăririi penale şi prin hotărîri judecătoreşti definitive, aşa cum rezultă din actele anexate la dosarele respective,

Apreciind ca deosebit de grav pentru profesiunea sanitară faptul de întrerupere ilegală a cursului sarcinii,

In temeiul prevederilor art.8o din Legea nr.3/1978 privind asigurarea sănătăţii şi ale art.5, alin.1, lit.c, liniuţa 7-a din Decretul nr.452/1969, cu modificările ulterioare privind organizarea şi funcţionarea Ministerului Sănătăţii, emite următorul

O r d i n :

1.- Se suspendă dreptul de practicare a profesiei, următorului personal sanitar mediu :

- - moaşe la dispensarul medical comunal Giubega, judeţul Dolj ;

- - laborant biolog la Spitalul clinic judeţean Craiova, judeţul Dolj.

2.- Direcţia coordonare,control,personal şi învăţămînt din Ministerul Sănătăţii,precum şi Direcţia sanitară a judeţului Dolj,vor aduce la îndeplinire dispoziţiile prezentului ordin,luînd măsurile ce se impun potrivit legislaţiei muncii.

M I N I S T R U,

Victor Ciobanu

Nr. 201
Data 16.05.1986

VIZAT

Proces-verbal al unei şedinţe a Colegiului Judeţean de Disciplină a Personalului Sanitar (sursa: AMS, fond DCCPI, dosar 9/1987)

DIRECŢIA SANITARA JUDEŢ CONSTANŢA
COLEGIUL DE DISCIPLINA AL PERSONALULUI SANITAR

PROCES VERBAL

încheiat astăzi 28 octombrie 1986

Ordinea de Zi :

I. Decese prin complicaţii ale sarcinii, naşterii şi lehuziei.

II. Diverse :

II. Tov. jurist Huţanu Rodica, a prezentat adresa Direcţiei Sanitare judeţ Constanţa nr. 15167/16 octombrie 1986 prin care se propune Colegiului Central prin Colegiul judeţean să se suspende dreptul de practicare a profesiei de medic [redacted] - medic de medicină generală la dispensarul medical Corbu, conf. art. 80 al. 5 din Legea 3/1978, motivat de împrejurarea că a fost condamnat la o pedeapsă privată de libertate de 3 şi 6 luni pentru provocare de avort în conf. cu dispoziţiile art. 185 al. 1 şi 5 din codul penal şi la 2 ani şi 6 luni pentru deţinere de stupefiante conf. art. 312 al. 1 cod penal, cu aplicaţiunea art. 64 din. c din cod penal pe timp de 2 ani şi art. 71 al. 2 din codul penal combinat cu art. 64 cod penal.

Membrii colegiului în unanimitate de voturi - avînd în vedere infracţiunea gravă săvîrşită de [redacted] şi pericolul social al faptei şi făptuitorului au aprobat propunerea Direcţiei Sanitare de a se solicita Colegiului Central şi M.S. de a i se suspenda dreptul de practicare a profesiei.

Urmează semnăturile

PREŞEDINTELE COLEGIULUI — Dr. Lezeriuc Dumitru

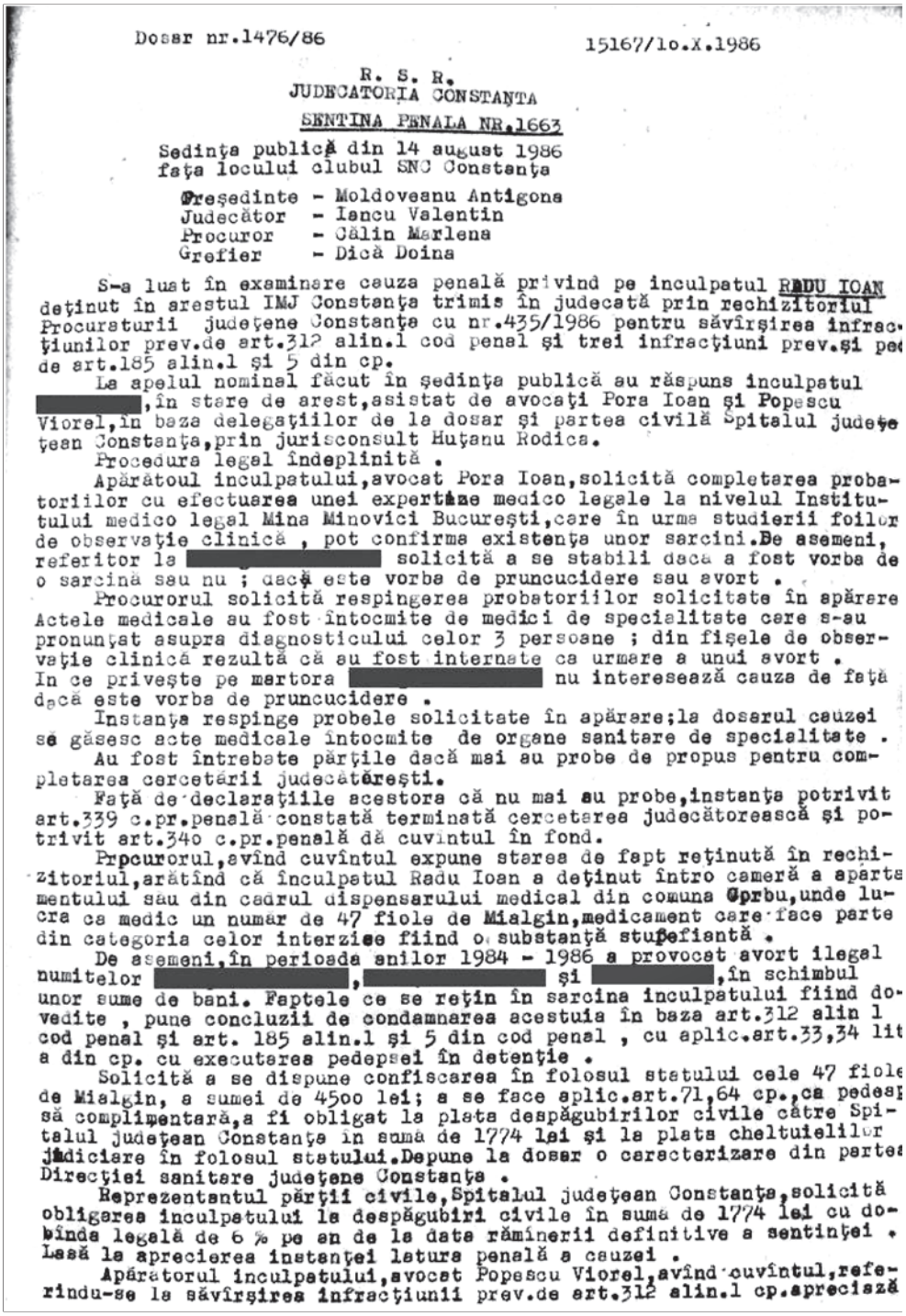
CONSILIER JURIDIC PRINCIPAL — Huţanu Rodica

Pentru conf.

VIZAT

Consilier juridic principal
HUŢANU RODICA

Sentinţă penală – Judecătoria Constanţa (sursa: AMS, fond DCCPI, dosar 9/1987)



Dosar nr.1476/86 15167/1o.X.1986

R. S. R.
JUDECATORIA CONSTANŢA

SENTINA PENALA NR.1663

Sedinţa publică din 14 august 1986
faţa locului clubul SNC Constanţa

Preşedinte - Moldoveanu Antigona
Judecător - Iancu Valentin
Procuror - Călin Marlena
Grefier - Dică Doina

S-a lust în examinare cauza penală privind pe inculpatul RADU IOAN deţinut în arestul IMJ Constanţa trimis în judecată prin rechizitoriul Procurturii judeţene Constanţa cu nr.435/1986 pentru săvîrşirea infracţiunilor prev.de art.312 alin.1 cod penal şi trei infracţiuni prev.şi pe de art.185 alin.1 şi 5 din cp.

La apelul nominal făcut în şedinţa publică au răspuns inculpatul [redacted], în stare de arest, asistat de avocaţi Pora Ioan şi Popescu Viorel, în baza delegaţiilor de la dosar şi partea civilă Spitalul judeţean Constanţa, prin jurisconsult Huţanu Rodica.

Procedura legal îndeplinită.

Apărătoul inculpatului, avocat Pora Ioan, solicită completarea probatoriilor cu efectuarea unei expertize medico legale la nivelul Institutului medico legal Mina Minovici Bucureşti, care în urma studierii foilor de observaţie clinică, pot confirma existenţa unor sarcini. De asemeni, referitor la [redacted] solicită a se stabili daca a fost vorba de o sarcină sau nu; dacă este vorba de pruncucidere sau avort.

Procurorul solicită respingerea probatoriilor solicitate în apărare Actele medicale au fost întocmite de medici de specialitate care s-au pronunţat asupra diagnosticului celor 3 persoane; din fişele de observaţie clinică rezultă că au fost internate ca urmare a unui avort. In ce priveşte pe martora [redacted] nu interesează cauza de faţă dacă este vorba de pruncucidere.

Instanţa respinge probele solicitate în apărare; la dosarul cauzei se găsesc acte medicale întocmite de organe sanitare de specialitate.

Au fost întrebate părţile dacă mai au probe de propus pentru completarea cercetării judecătoreşti.

Faţă de declaraţiile acestora că nu mai au probe, instanţa potrivit art.339 c.pr.penală constată terminată cercetarea judecătorească şi potrivit art.340 c.pr.penală dă cuvîntul în fond.

Procurorul, avînd cuvîntul expune starea de fapt reţinută în rechizitoriul, arătînd că inculpatul Radu Ioan a deţinut întro cameră a aparta mentului său din cadrul dispensarului medical din comuna Oprbu, unde lucra ca medic un număr de 47 fiole de Mialgin, medicament care face parte din categoria celor interzise fiind o substanţă stupefiantă.

De asemeni, în perioada anilor 1984 - 1986 a provocat avort ilegal numitelor [redacted], [redacted] şi [redacted], în schimbul unor sume de bani. Faptele ce se reţin în sarcina inculpatului fiind dovedite, pune concluzii de condamnarea acestuia în baza art.312 alin 1 cod penal şi art. 185 alin.1 şi 5 din cod penal, cu aplic.art.33,34 lit a din cp. cu executarea pedepsei în detenţie.

Solicită a se dispune confiscarea în folosul statului cele 47 fiole de Mialgin, a sumei de 4500 lei; a se face aplic.art.71,64 cp., ca pedesp să complimentară, a fi obligat la plata despăgubirilor civile către Spitalul judeţean Constanţa în sumă de 1774 lei şi la plata cheltuielilor judiciare în folosul statului. Depune la dosar o caracterizare din partea Direcţiei sanitare judeţene Constanţa.

Reprezentantul părţii civile, Spitalul judeţean Constanţa, solicită obligarea inculpatului la despăgubiri civile în sumă de 1774 lei cu dobînda legală de 6 % pe an de la data rămînerii definitive a sentinţei. Lasă la aprecierea instanţei latura penală a cauzei.

Apărătorul inculpatului, avocat Popescu Viorel, avînd cuvîntul, referindu-se la săvîrşirea infracţiunii prev.de art.312 alin.1 cp. precizează

că este vorba de o faptă omisivă(inculpatul a uitat de existenţa fiole
de Mialgin);fapta în sine nu prezintă un pericol social ridicat şi soli
cită aplicarea prev.art.18/1 cod penal. In ce priveşte săvîrşirea infra
ţiunilor de avort,inculpatul nu se face vinovat de săvîrşirea acestora
solicită schitarea . Apreciază că avorturile puteau fi provocate şi pri
mijloace empirice aşa cum sînt descrise în actul medico-legal.

Apărătorul inculpatului,avocat Pora Ioan,avînd cuvîntul,apreciază
că din probele dosarului nu rezultă cu certitudine vinovăţia inculpatul
pentru savîrşirea celor două fapte, solicitînd achitarea.Nu s-a făcut de
vada absolută a existenţei sarcinii,a existenţei fragmentelor celulare.
Solicită instanţei a reţine că inculpatul a uitat de existenţa fiolelor
Mialgin şi că acestea nu mai erau în termenul de valabilitate .

Procurorul ,avînd cuvîntul,în replică se opune la cererea de acq
tarea a inculpatului.Din foile de observaţie clinică rezultă că certitu
dine existenţa sarcinii .

In ce priveşte traficul de stupefiante , legea sancţionează nu n
traficul ci şi simpla deţinere a acestora. Inculpatul cunoştea regulame
tul privind stupefiantele,ba mai mult acestea au fost predate personal
inculpatului.

Inculpatul, avînd ultimul cuvînt,solicită achitarea;nu recunoaşte
că a întrerupt cursul normal al sarcinii celor trei femei;a uitat de ex
tenţa fiolelor de Mialgin datorită vîrstei şi numarului mare de consult

I N S T A N T A

Asupra acţiunii penale de faţă ;

Prin rechizitoriul Procuraturii judeţene Constanţa nr.435/P/11 i
1986,s-a dispus trimiterea în judecată a inculpatului [redacted],pentru
vîrşirea infracţiunilor prev.de art.312 al.1 cod penal şi art.185 al.1
5 cod penal (3 fapte) în toate cu art.33 lit.a cod penal.

Din probele dosarului rezultă următoarea situaţie de fapt :

Pînă la data de 4 iulie 1986,inculpatul a funcţionat în calitate
de medic şef al dispensarului din comuna Corbu judeţul Constanţa,care de
îşi avea domiciliul în oraşul Constanţa,mai folosea singur şi un apartam
situaa în incinta dispensarului.In ziua de 4 iulie 1986,organele de mili
ţie au efectuat o pervechiţie domiciliară în incinta apartamentului din
cinta dispensarului,ocazie cu care s-au găsit 47 fiole conţinînd mialgin
despre care inculpatul a declarat că le deţine din anul 1984, şi că pro
de la familiile unor bolnavi care ulterior aceştia decedaseră şi cărora
anterior au folosit astfelde fiole,pe bază de prescripţie medicală.
Afirmaţia inculpatului poate fi parţial adevărată deoarece din cercetări
efectuate a rezultat că numai familia [redacted] a predat 25 fiole cu mial
dar fără să existe o dovadă scrisă pentru predarea şi primirea lor .

Dealtefl,nici pentru celelalte fiole de mialgin,inculpatul nu a
tutu face dovada scrisă că a primit aceste fiole,de la familiile unor pe
soane care ulterior decedaseră,fapt ce crează convingerea că acesta le-
sustras pentru a le putea folosi ulterior.Potrivit adresei nr.7590/1986,
a Oficiului farmaceutic Constanţa,fiolele de mialgin nu au termen de va
labilitate şi în această situaţie,acestea sînt valabile minim 3 ani şi
aceste fiole de mialgin sînt produse stupefiante şi sînt interzise la
deţinere .

Potrivit instrucţiunilor nr.1o3/197o ale Ministerului Sănătăţii
elaborate în aplicarea legii nr.73/1969(cu privire la eliberarea şi evi
denţa produselor stupefiante)inculpatul avea obligaţia ca în termen de
zile de la primire să le predea. Ori acest lucru inculpatul nu l-a făcut
mai ales că era de profesie medic şi îşi cunoştea atribuţiile în acest
domeniu deţinînd aceste fiole cu mialgin,pînă la data controlului efectu
de organul de miliţie.Inculpatul recunoaşte că a deţinut aceste fiole cu
mialgin,în apartamentul său,dar motivează că a uitat de existenţa aces-
tora,afirmaţie ce nu poate fi lustă în considerare,pentru faptul că a p
mit în timp şi nu a dat toate fiolele pe care le-a depus în acelaşi loc
şi deci,putea să-şi dea seama că trebuia să le predea,ori acest lucru n
l-a făcut .

- 3 -

Fapta inculpatului de a deţine un număr de 47 fiole cu mialgin (conţinînd substanţe stupefiante)întruneşte elementele infracţiunii prevăzut.de art.312 al.1 cod penal,infracţiuni care fiind o infracţiune continuă îşi întrerupe existenţa la data controlului şi depistării lor de către organul de miliţie .

a. Din declaraţia martorei [redacted] care a lucra în cadrul dispensarului din comuna Cobru,judeţul Constanţa,în calitate de soră medicală, rezultă că printre cadrele medicale în cadrul dispensarului se discută că inculpatul ,se ocupa cu întreruperea ilegală a cursului sarcinii şi acestea ca urmare a faptului că acesta de fiecare dată făcea controlul medical de unul singur în cabinet , că anumitor persoane feminine le spunea să intre în cabinet printre ultimii pacienţi , persoane care ulterior se prezentau la dispensar cu hemoragii puternice. Ca urmare cercetărilor efectuate,a rezultat că în anul 1985 numita [redacted],constatînd că este însărcinată şi întrucît nu dorea să păstreze sarcina , s-a prezentat la inculpatul [redacted],despre care auzise de la locuitorii din comună că acesta se ocupă cu întreruperea cursului sarcinii. Explicîndu-i inculpatului că s-a prezentat pentru a-i întrerupe cursul sarcinii,acesta i-a spus că este de acord, dar contra sumei de 1000 lei .

Întrucît martora [redacted] a explicat medicului,că nu are decît suma de 500 lei,acesta a fost de acord ca şi pentru această sumă să-i întrerupă cursul sarcinii. După primirea sumei de bani,inculpatul a introdus în uterul femeii însărcinată,un obiect,pe care martora nu l-a putut descrie,dar despre care declară că i-a produs o durere . La indicaţiile medicului ,martora a mers la domiciliul său,iar după puţin timp,ca urmare a durerilor abdominale,s-a deplasat într-un loc pe care ulterior nu l-a mai pututu identifica şi unde a avortat. Martora precizează în declaraţiile sale, că după ce a plecat din cabinetul inculpatului,acesta a atenţionat-o să nu spună vreunei persoane despre faptul că i-a făcut avort . Inculpatul nu recunoaşte că ar fi întrerupt cursul normal al sarcinii acestei martore,dar învederează că această martoră a venit la locul său de muncă,spunîndu-i că este încărcinată. Deci revenirea martorei [redacted] că nu ar fi fost însărcinată,şi deci că inculpatul i-ar fi întrerupt cursul sarcinii este înlăturată numai de declaraţiile sale de la urmărirea penală,cît şi cu cea a inculpatului în care a~~s~~a cum s-a arătat~~x~~ ,martora i-a spus că este însărcinată şi că vrea să întrerupă ilegal cursul sarcinii.

De fapt şi concubinul martorei pe nuna [redacted] precizează că [redacted] i-a spus că este însărcinată.

De fapt şi din fişa de consultaţie medicală şi expertiza medico-legală se statuiază că martora a prezentat semnele clinice ale unei sarcini de 20 săptămîni în evoluţie .In stare situaţie există certitudinea că martora a fost însărcinată şi că inculpatul i-a întrerupt cursul normal al sarcinii,mai ales că acesta nu poate să explice de ce fişa de observaţie a acestei martore s-a găsit la domiciliul său.

Fapta inculpatului de a întrerupe cursul normal al sarcinii martorei [redacted],contra sumei de 500 lei,întruneşte elementele constitutive ale infracţiunii prev.de art.185 al.5 codul penal.

Pentru numita [redacted],pentru infracţiunea prev.de art.186 al.2 cod penal,în faza de urmărire penală s-a dispus încetarea procesului penal întrucît fapta este amnistiată conform art.1 din decretul 185/1986.

3/ In luna martie 1986,martora [redacted],constatînd că este însărcinată,după ce în prealabil a discutat cu soţul său,a luat hotărîre să meargă la inculpatul [redacted],pentru ca acesta să-i întrerupă cursul normal al sarcinii,deoarece aceasta i-a mai provocat un avort şi în anul 1981.Mergînd la cabinetul inculpatului din dispensarul comunal, i-a spus acestuia pentru ce a venit,că într-adevăr,inculpatul după ce a consultat-o,i-a adeverit că este încărcinată şi că îi poate provoca avortul contra sumei de 2000 lei .

Întrucît martora a acceptat propunerea inculpatului,inculpatul i-a introdus în uter o valvă şi ca urmare martora declară că a simţit

mai multe înţepături. După aceea,la indicaţiile inculpatului,după ce i
dat suma de 2ooo lei ,martora a plecat către domiciliu său.La cîteva z
martora a avut o hemoragie puternică,motiv pentru care a fost internat
în spital. Din foaia de observaţie clinică şi din expertiza medico-leg
rezultă că aceasta a fost însărcinată,prezentînd semnele clinice.Faptul
că acesstă martoră a fost însărcinată se dovedeşte şi cu declaraţiile
culpatului care recunoaşte că aceasta s-a prezentat la dispensar şi că
iva comunicat că este însărcinată şi că doreşte să-şi întrerupă cursul
normal al sarcinii. Inculpatul mai declară însă,că a refuzat să-i între
rupă cursul normal al sarcinii ci doar că,i-a prescris un tratament med
Martora şi soţul său [redacted] revin nejustificat asupra decl
raţiilor de la urmărirea penală , motivînd că deşi [redacted] a fost în
sărcinată , nu i-a fost întrerupt cursul normal al sarcinii de inculpat
neprecizînd cine anume , fapt ce dovedeşte că declaraţiile lor de la ur
rirea penală corespund realităţii şi anume că inculpatul este cel care
i-a făcut avort.

Fapta inculpatului de a întrerupe cursul normal al sarcinii ma
rei [redacted] , contra sumei de 2ooo lei , întruneşte elementele const
tutive ale infracţiunii prev. de art.185 al.1 şi 5 cod penal.

Pentru [redacted] ,s-a dispus în faza de urmărire penală,pentru
infracţiunea prev. de art.186 al.2 cod penal încetarea urmăririi penale
întrucît fapta este amnistiată conf.art.1 din dec.185/1986.

4/ In luna aprilie 1986,martora [redacted] ,a constatat că
însărcinată şi nedorind copilul,cu ajutorul martorului [redacted] ,ca
îl cunoştea pe inculpat,s-au deplasat la dispensarul din comuna Corbu,u
inculpatul contra sumei de 2ooo lei,ia- întrerupt cursul normal al sarc
pe data de 9 mai 1986. Ca urmare a agravării sănătăţii martorei Gălăţea
Ioana , aceasta a fost internată în spital,unde i s-a făcut chiuretarea
cavităţii uterine .

Din foaia de observaţie clinică şi din expertiza medico-legală
rezultă că aceasta a fost însărcinată şi că prezenta semnele clinice a
unei stări de avort cu hemoragii.Inculpatul nu recunoaşte că i-ar fi în
rupt cursul normal al sarcinii,dar din declaraţiile celor doi martori,r
zultă că certitudine că aceasta i-a întrerupt cursul normal al sarcinii.

Fapta inculpatului întruneşte elementele constitutive ale infr
ţiunii prev.de art.185 al.1 şi 5 cod penal.

Pentru martora [redacted] , în faza de urmărire penală,s-
dispus încetarea urmăririi penale,pentru infracţiunea prev.de art.185 a
1 şi 5 cod penal,întrucît fapta este amnistiată conf. art.1 D.185/86.

Cu privire la persoana inculpatului,se reţine că nu are antece
te penale,este căsătorită şi are doi copii minori.

Din caracterizarea efectuată de Direcţia Sanitară judeţeană Constanţa
rezultă că acesta a fost sancţionat disciplinar de mai multe ori,caract
rizare care este în contrast cu caracterizarea emisă de Consiliul popul
al comunei Corbu şi declaraţiile martorilor [redacted] ,[redacted]
şi care îl caracterizează cu o conduită bună în cadrul comunei .

In dozarea pedepselor,urmează a se avea în vedere pericolul so
cial sporit al infracţiunilor comise, scopul pentru care le-a săvîrşit
calitatea acestuia de medic,care îi interzice să facă astfel de fapte ,
fapt ce creează convingerea că reeducarea sa nu poate avea loc decît pri
aplicarea unor pedepse privative de libertate .

Urmează a face aplic.art.33 lit.a - 34 lit.a cod penal şi art.
al.2 - 64 cod penal.

Intrucît inculpatul a săvîrşit infracţiunile în calitatea sa
de medic,urmează a face aplic.art.64 lit.c cod penal(pedeapsa complemen
tară)pe timp de 2 ani,după executarea pedepsei privative de libertate .

In baza art.35o cod procedură penală,urmează a menţine starea
de arest a inculpatului şi în baza art.88x cod penal să compute la zi p
rioada executată de la 5.o7.1986.

In baza art.118 lit.d cod penal,urmează a confisca de la incul
pat suma de 45oo lei ca urmare a obţinerii sale din infracţiune .

In baza art.118 lit.e cod penal,urmează a confisca în folosul
statului cele 47 fiole cu mialgin,deţinute contra dispoziţiilor legale

- 5 -

care se află la camera de corpuri delicte , de la Judecătoria Constanţa
In baza art.188 din legea 3/1978,urmează a-l obliga pe inculpat la 1774 lei către Spitalul judeţean Constanţa , cu dobînda de 6 % pe an de la rămînerea definitivă a sentinţei penale şi pînă la achitarex , întrucît martorele [redacted] şi [redacted] au fost internate în spital , pentru vindecarea leziunilor produse de inculpat,prin întreruperea cursului normal al sarcinii.
In baza art.191 cod procedură penală, urmează a-l obliga pe inculpat la 1500 lei cheltuieli judiciare statului.

PENTRU ACESTE MOTIVE

IN NUMELE LEGII

HOTARASTE

In baza art.312 al.1 cod penal,condamnă pe inculpatul [redacted] fiul lui [redacted] şi al lui [redacted] , născut la data de 13 august 1928 în comuna Geomal,judeţul Alba,cetăţean român,căsătorit,avînd doi copii majori, absolvent al facultăţii de medicină,medic,neîncadrat politic, fără antecedente penale,pentru comiterea infracţiunilor mai sus menţionate .
- la pedeapsa de 2 ani şi 6 luni închisoare .
In baza art.185 al.1 şi 5 cod penal,condamnă pe acelaşi inculpat la pedeapsa de cîte 3 ani şi 6 luni închisoare şi interdicţia de art.64 lit.c cod penal pe timp de 2 ani .
In baza art.33 lit.c - 34 lit.a cod penal,inculpatul execută pedeapsa cea mai grea de 3 ani şi 6 luni închisoare.
Face aplic.art.64 lit.c cod penal pe timp de 2 ani.
Face aplic.art.71 al.2 - 64 cod penal.
Menţine starea de arest a inculpatului şi compută la zi perioada executată de la 5.07.1986 .
Confiscă de la inculpat suma de 4500 lei prin obligarea la plata statului.
Confiscă în folosul statului 47 fiole cu mialgin,care se află la camera de xxxxx corpuri delicte de la Judecătoria Constanţa .
Obligă pe inculpat la 1774 lei către Spitalul judeţean Constanţa cu dobînda de 6 % pe an de la rămînerea definitivă a sentinţei penale şi pînă la achitare .
Obligă pe inculpat la 1500 lei cheltuieli judiciare statului.
Cu recurs în termen de 10 zile de la pronunţare .
Pronunţată în şedinţa publică azi 14.08.1986.

PRESEDINTE	JUDECATOR	GREFIER
Moldoveanu Antigona	Iancu Valentin	Dică Doina

Red.jud.I.V. - ex. 4
dact.C.M. - 28.08.1986

PROCES VERBAL

Inculpatul prezent la pronunţare a declarat recurs.

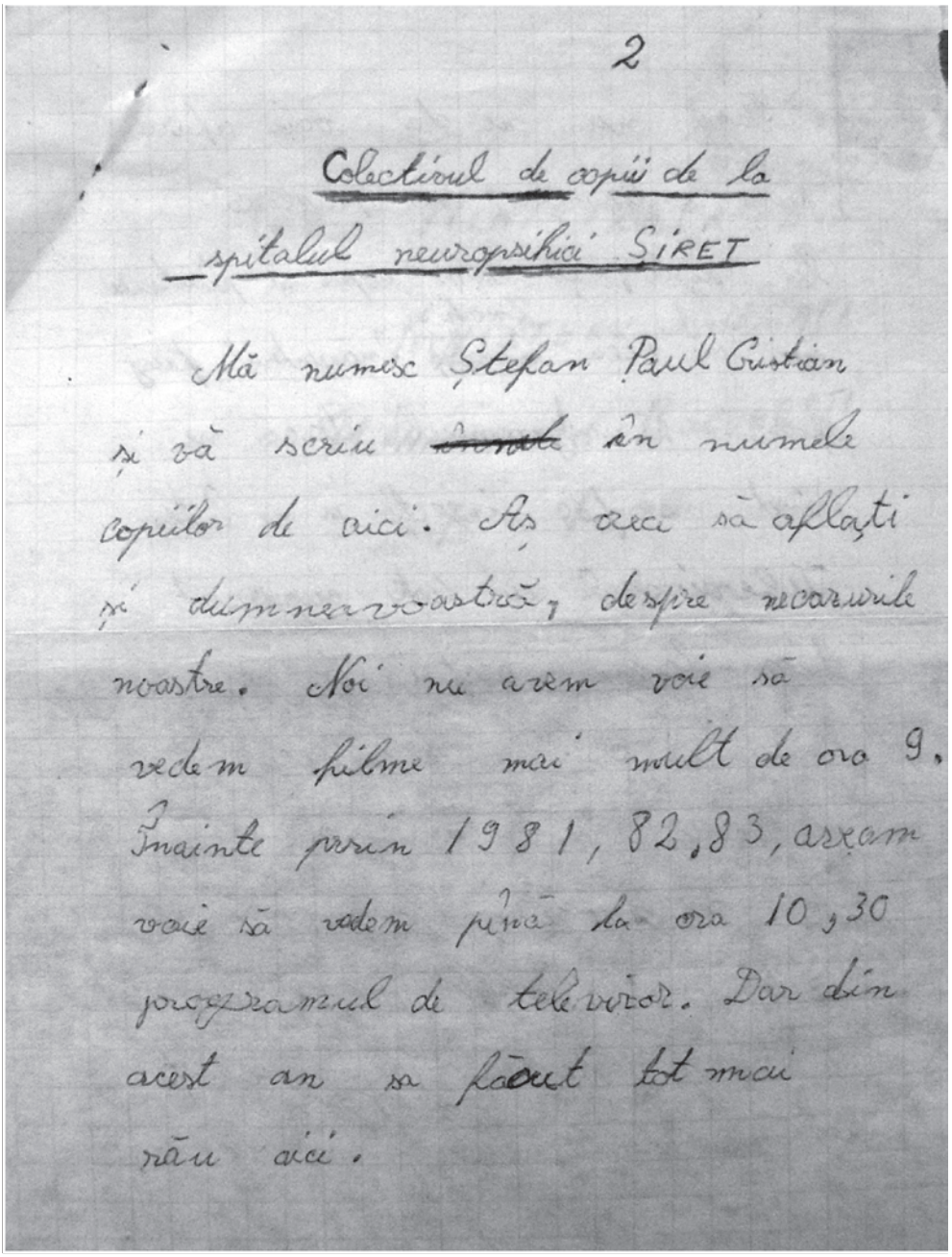
PRESEDINTE GREFIER

REPUBLICA SOCIALISA ROMANIA
JUDECATORIA CONSTANTA
Prezenta copie fiind conformă cu originalul aflat la dosarul arhivei cu nr.D.1476/86 se certifică de noi exactitatea ei cu menţiune definitivă .

GREFIER PRINCIPAL, ss/Ind.
COLECTIONAR ARHIVAR ss/Ind.

Respins rec.în 12.09.86
Consilier jur.pr.
ss/Ind.

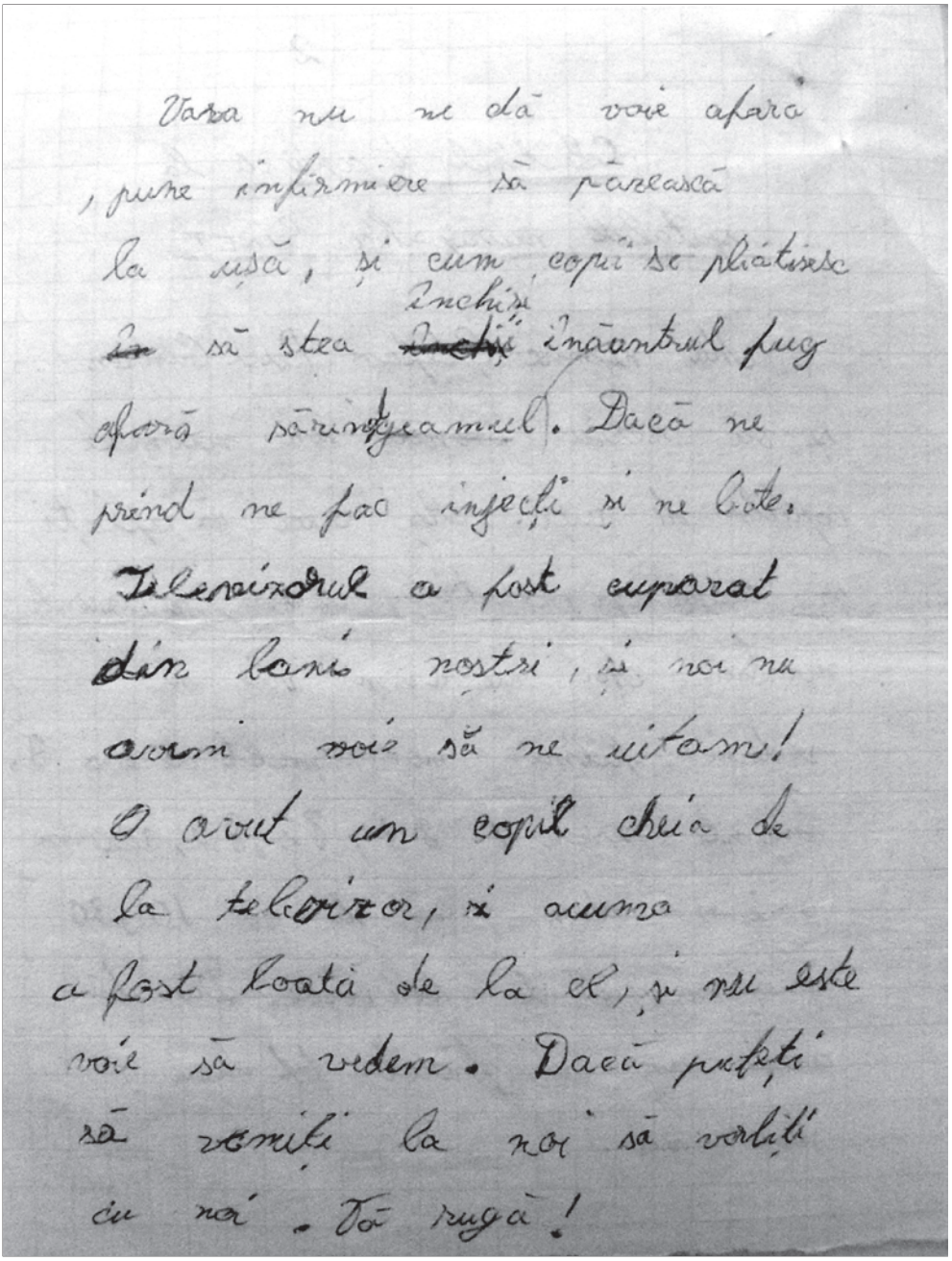
Scrisoare adresată ministrului Sănătăţii de către un grup de copii de la Spitalul de neuropsihiatrie Siret (AMS, fond Cabinet 1, dosar 88/1973)



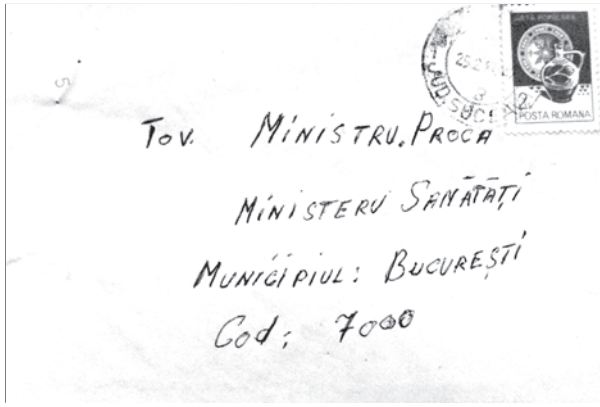
2

Colectivul de copii de la spitalul neuropsihici SIRET

Mă numesc Ștefan Paul Cristian și vă scriu ~~[illegible]~~ în numele copiilor de aici. Aș vrea să aflați și dumneavoastră, despre necazurile noastre. Noi nu avem voie să vedem filme mai mult de ora 9. Înainte prin 1981, 82, 83, aveam voie să vedem pînă la ora 10,30 programul de televizor. Dar din acest an sa făcut tot mai rău aici.



Vara nu ne dă voie afară
, pune infirmiere să pazească
la ușă, și cum copii se plătisesc
~~în~~ să stea ~~Inchiși~~ Inchiși înăuntrul fug
afară sărindgeamul. Dacă ne
prind ne fac injecți și ne bate.
Televizorul a fost cuparat
din banii noștri, și noi nu
avem voie să ne uitam!
O avut un copil cheia de
la televizor, și acuma
a fost luată de la el, și nu este
voie să vedem. Dacă puteți
să veniți la noi să vorbiți
cu noi. Vă rugă!



Tov. Ministru. Proca

Ministerul Sănătăți

Municipiul: București

Cod: 7000

Articol apărut în *Frankfurter Rundschau*, 29 martie 1990, despre leagănul de copii de la Cighid

MEINUNG UND BERICHT

Frankfurter Rundschau - Seite 3

29. März 190

Die sterbenden Kinder von Cighid

Wie in Rumänien „unwertes" Leben selektiert und vernichtet wird

Von Thilo Thielke (Cighid)

Aus Waisenkindern rekrutierte Rumäniens Diktator Ceausescu seine Schlägertrupps, der Rest vegetierte in Heimen wie in Cismache bei Hermannstadt (unser Bild) Kranke und schwache Kinder wurden in Sterbelagern ihrem Schicksal überlassen. Ein solches Lager beschreibt Thilo Thielke, der den Kindergulag von Cighid entdeckte, als er einen Transport mit Hilfsgüter nach Rumänien begleitete.

Die Jungen unterbrechen ihre immergleichen gespenstischen Laute und das rhythmische Wackeln ihrer kahlgeschorenen Köpfe. Einige gucken neugierig zur Tür. Andere verkriechen sich hinter zusammengedrängten halbnackten Körpern. Wenn der grobe Eisenriegel zurückschlägt und Licht in den stinkenden Kerker fällt, erhellt sich für einen Moment dieser Ort tiefster Dunkelheit im Norden Rumäniens.

Wir drehen uns entsetzt und angeekelt zur Seite. Ein merkwürdiger Zwang aber richtet den Blick immer wieder auf Details. Direkt in die entstellten Gesichter zusammengepferchter Knaben, in die dunklen Augenhöhlen, auf eitrige Ekzeme und brandige Wunden. Die Kinder in diesem Kerker kommen auf uns zu, grapschen mit ihren dürren Fingern nach den ungewohnten Besuchern. Einer kriecht ängstlich unter dem Bett hervor. Sein Hintern ist wundgescheuert, seine Beine verkrüppelt. Andere hocken in Kot und Lotze — ihre dünnen Beinchen fest an die Körper gepreßt — und brüllen monoton vor sich hin.

Es könnten düstere Kerkervisionen aus dem Drehbuch eines surrealistischen Regisseurs sein. Doch was wir hier sehen, ist der Alltag in einem psychiatrischen Kinderheim in Rumänien. Im alten Jagdschloß in Cighid, knapp 70 Kilometer von der Provinzhauptstadt Oradea entfernt, werden Kinder verwahrt, die als irreparabel — so die pseudomedizinische Terminologie — gelten.

An diesem Ort ist die Dezember-Revolution spurlos vorübergegangen. Hier ist auch drei Monate nach dem Tyrannenmord alles beim alten. Im Jagdschloß von Cighed werden die Opfer der menschenverachtenden Politik Ceausescus immer noch gequält und vernichtet. Es gibt keine Todeskommandos, in Cighid wird Euthanasie durch die Verhältnisse praktiziert.

Seit zwei Jahren besteht das Kinderlager im Jagdschloß von Cighid. Und schon quillt die Schublade von Akten der Toten über. Im Jahr 1988 starben in Cighid 54 Kinder, 1989 waren es 62. In diesem Jahr mußten schon sechs Totenscheine ausgefüllt werden. Die meisten Opfer werden im Winter verscharrt. Wenn es kalt wird in Cighid, sterben oft mehrere Kinder an einem Tag. „Lungenentzündung" wird dann mit Tinte fein säuberlich auf die Dokumente gekritzelt. Auf dem Friedhof im Nachbarort Ghiorac müssen dann die Mitarbeiter Graber schaufeln.

Pflegerin Boros Gyongyi, eine zierliche blonde Frau mit roter Hornbrille und schneeweißem Kittel, schleppt einen schweren Blecheimer durch die schwarzgefliesten Gänge: Das Essen für die Kinder von Cighid. Heute gibt es Nudeln. Mit einem Löffel schiebt die Frau den Hunrigen die kalten Teigteile in die geöffneten Mäuler.

In einer dunklen Nische macht sie Halt, wühlt umständlich in ihrer Tasche und zieht endlich das gesuchte Schlüsselbund heraus. Hinter einem rostigen Gitter kauern zwei Mädchen: Angela Fechete (13) und Maria Deutsch (15). „Seit Wochen", erzählt die Pflegerin wie selbstverständlich, sitzen die beiden in diesem Raum." Der Raum ist ein stinkendes Loch ohne Licht und Heizung.

Der Grund für die menschenunwürdige Haft der Mädchen: Sie seien zu aggressiv und wurden die kleineren Kinder schlagen.

Eine Ausbildung hat die Pflegerin von Cighid nicht. Sie ist überfordert: 109 Kinder muß sie mit einer Kollegin zusammen versorgen. Medizinner arbeiten in Cighid nicht. „Jedenfalls nicht im Moment — seit Wochen warten wir auf einen neuen Arzt."

Knapp drei Monate hat die Ärztin Anca Cartia in dem Kinderlager gearbeitet. Dann gab sie entnervt auf. „Ich stand unter Schock, als ich die Kinder sah. Viele hatten Erfrierungserscheinungen. Viele waren eingesperrt." Anca Cartia versuchte zu helfen, sie ließ die Kinder im Hof herumlaufen und hielt die Mitarbeiter dazu an, ausreichend zu heizen. Mit Glück gelang es ihr auch, vier Waschmaschinen aufzutreiben. Doch davon sind bereits zwei kaputt. Die verzweifelte Ärztin, selber Mutter von zwei Kindern, kämpfte gegen eine unheimliche Gleichgültigkeit an. „Niemand tat mehr, als er mußte."

„Es geht allen Menschen in Rumänien schlecht", lamentiert der Heim-Buchhalter Ference Deak (50). Der Mann mit der unbelastesten Seele und dem blütenweißen Kragen meldet die Todeszahlen seiner Behörde und kummert sich um die lästigen Finanzen des Kinderheims. Das schreckliche Haus meldet er am liebsten. Obwohl sein Arbeitsplatz direkt am schön geschwungenen Torbogen zum Kinderheim liegt, schaut er nur bei den unvermeidlichen Inspektionen kurz vorbei.

Auf der Suche nach den Verantwortlichen für das Todeslager stoßen wir in der Poliklinik in Oradea auf den Psychiater Stefan Kecskemeti. Der Ärzteit verlegen und erklärt umständlich seine Rolle bei der Verteilung der hilflosen Kinder:

„Es gibt hier eine Kommission, die psychiatrische Gutachten erstellt, die Intelligenzquotienten der Kinder ermittelt und dann Dossiers anfertigt. Im Prinzip entscheiden wir, ob ein Kind heilbar oder unheilbar ist."

Eine andere Kommission in der Behörde für Arbeit und Soziales selektiert die Kinder, teilt sie dann den verschiedenen Lagern zu und beruft sich dabei auf die medizinischen Gutachten. Kein Wunder, daß sich auch dort niemand verantwortlich fühlt.

Amtsleiter Nicolae Mos meint, eine Erklärung für das Desaster zu haben: „Der Pflegeschlüssel ist in Rumänien offiziell 1,30. Das Personal ist also überfordert. Und: Der Tagessatz für die Kinderverpflegung liegt bei 14,50 Lei." Das entspricht auf dem Schwarzmarkt dem Gegenwert von 30 Pfennig. „Dagegen können wir nichts tun."

Im Krankenhaus der nahegelegenen Stadt Salonta erkundigen wir uns nach einem vierjährigen Mädchen: Juliana Secara. Vor zwei Wochen hatte uns eine Pflegerin in Cighid das bis aufs Skelett abgemagerte Kind gezeigt. Die Wangen waren eingefallen, das Gesicht kalkweiß.

Chefarzt Pal Szabo blättert in seinen Akten. Nach einer Weile zieht er ein Dokument aus dem Papierberg. „Tut mir leid", meint Szabo, „aber das Mädchen ist tot. Es hatte eine schwere Lungenentzündung. Da konnten wir nichts mehr tun."

Juliana Secara ist das sechste Opfer in Cighid 1990: ein Eintrag in der sauber geführten Kartei mehr.

Kinder im Waisen-Heim von Cismadia. (Bild: AFP)

Einige Skizzen und viele unbeantwortete Fragen

Irak versucht nach Hinrichtung des Journalisten Farzad Bazoft Beweise für dessen Schuld zu liefern

Von Pierre Simonitsch (Genf)

-Schluß-

Cazul Păstrăveni (sursa : HU OSA 300-60-1 Box 655, Population - Children 1984-1991)

LOA00018 SCHNEIDERD 21-JAN-1991 16:14:39 1

Cazul Păstrăveni

Acum c(teva ~~zile~~ luni. am văzut la Tv germană un film despre un grup de copii ~~partial~~ handicapaţi din România invitaţi de autorit. bavareze să petreacă 6 săptămîni în staţiunea balneo climaterică Algau. ~~de către autorităţile Bavariei~~. 20 dintre aceşti copii proveneau de la căminul de copii handicapaţi din Păstrăveni din Moldova , iar alţi 30 din alte cămine din ţară. A fost pentru prima dată cînd am auzit de Păstrăveni... Cînd au sosit în Germania copiii nu erau capabili să se exprime , erau aproape afazici , incapabili să comunice măcar într-un rudiment de vorbire. Aduşi într-un bazin de înot copiii români erau cuprinşi de o panică mergînd pînă la isterie , la contactul cu apa. Noaptea refuzau să-şi scoată pantofii la culcare , insistînd să doarmă cu ei..

Dacă la venirea la Algau , copiii erau înspăimîntaţi , ca nişte mici animale sălbatice, incapabile să vorbească, să mănînce ori să se îmbrace, după 6 săptămîni aceşti copii învăţaseră să se exprime în germană , mîncau civilizat , se jucau, zîmbeau ca nişte copii normali.

Trebuie să vă mărturisesc că valuri de sentimente mă copleşeau urmărind acest film ; nu ştiu ce era mai mişcător din scenele prezentate; aceşti mici sălbatici veniţi parcă din junglă, dăruirea cu care educatorii germani s-au ocupat de ei, progresul extraordinar făcut în numai o lună şi jumătate de nişte copii care nu au fost niciodată în viaţa lor mîngîiaţi de nimeni. Copii abandonoţi, handicapaţi, refuzaţi de părinţi , de îngrijitori , de o societate surdă şi oarbă la suferinţele lor.

După revoluţia din decembrie , imaginile zguduitoare dela Cighid prezentate de toate reţelele internaţionale de TV au cutremutrat întreaga lume. Ajutoare importante s-au mobilizat fără întîrziere pretutindeni în occident şi au început să ia calea României. După o

341

-2-

primă etapă , cînd s-au adunat fonduri de milioane din GErmania, Austria, Franţa , SUA, Olanda etc. cei care au trimis ajutoarele au venit pe urmele lor să vadă în ce măsură s-au îmbunătăţit concret condiţiile de viaţă ale copiilor handicapaţi din România. Unii au fost decepţionaţi amarnic de soarta ajutoarelor, de faptul că ele se duseseră cum ar spune românul pe apa sîmbetei, fusesră furate, dispăruseră într-un ocean de corupţie sau indiferenţă, şi au renunţat. Alţii însă, înarmaţi cu o răbdare şi o tenacitate îngerească nu au dat bir cu fugiţii, ci continuă să se lupte cu toate stihiile nepăsării, ostilităţii , corupţiei şi ingratitudinii din România.

Am întîlnit un astfel de om minunat, un tînăr preot german din Munchen Merkus care a avut iniţiativa de a ajuta copiii handicapaţi din Păstrăveni, un sat aflat la 34 de km de Piatra Neamţ. A adunat de la enoriaşii din parohia sa , Nazarethkirche din Munchen, , de la donatori particulari, organizaţii ale statului bavarez - o sumă importantă din care a investit deja în România 250 000 DM.

L-am căutat pe acest preot spre a afla şi dvs. de la el un exemplu concret şi semnificativ despre soarta ajutoarelor trimise din occident în România. Cazul Păstrăveni este un caz tipic. Mai elocvent decît volume întregi de rapoarte sau anchete. Ascultaţi-l.

LOA00017 SCHNEIDERD 21-JAN-1991 16:09:58 1

Părinte , Weidemann, cum aţi început acţiunea Dvs. de ajutorare pentru copiii din Păstrăveni . Cum aţi aflat de Păstrăveni ?

Sound:

W: Am aflat şi am fost şocat de reportajele de la Cighid cunoscute din articolele din revistele Spiegel, Stern şi de la Tv. După ce am aflat despre aceste lucruri, o primă grupă formată din 3 colaboratori ai mei din partea bisericii s-au deplasat în România şi au fost şocaţi să constate că nu există numai căminul de copii handicapaţi de la Cighid, ci 146 de astfel de cămine în România , toate într-o stare deplorabilă. Colaboratorii mei nu au putut desigur să viziteze 146 de cămine , ci numai 6-7 între care şi cel din Păstrăveniîn apropiere de Piatra Neamţ. Ne-am dat seama că nu putem ajuta 146 de cămine , ci numai unul. L-am ales pe cel de la Păstrăveni , cu cel mai mic număr de copiii- 205 şi am hotărît că pe ei vrem să-i ajutăm. De Rusalii 1990 au plecat primele camioane încărcate cu ajutoare. Colaboratorii noştri nu au fost primiţi în incinta căminului. Au avut voie să descarce ajutoarele , dar nu li s-a permis să-i vadă pe copii.

Q: Ce fel de ajutoare aţi trimis ?

W: La început am trimis alimente , saltele noi, îmbrăcăminte de copii, hrană pt. copii.

Q: Aţi constatat apoi o îmbunătăţire a situaţiei copiilor din Păstrăveni?

Sound!

W: Da, s-a produs o îmbunătăţire. Căminul nostru din Păstrăveni avea o rată a mortalităţii de 30%. Deci 30 de copii dintr-o sută mureau în fiecare an ca urmare a intoxicaţiilor , pneumoniei, insuficienţă cardiacă, din cauza neglijenţei medicale, a bolilor infecţioase. Acest lucru s-a schimbat în urma ajutoarelor trimise de noi şi acum nu mai trebuzie să moară atît de mulţi copii. Din acest

2

motiv, sîntem foarte mulţumiţi. Cu toate acestea, de la a nu muri şi pînă la a trăi în condiţii satisfăcătoare - e încă un drum lung. Copii nu au nici acum o îngrijire bună şi aceasta se datorează în primul rînd faptului că angajaţii căminului din Păstrăveni nu îşi dau interesul şi nu vor să depună eforturi educative . De altfel nu au nici pregătirea necesară.

Q: Directorul acestui cămin v-a ajutat în acţiunea Dv. ?

SOUND. W: Directorul este persoana principală de la care pornesc toate greutăţile. Directorul se numeşte DR. Sîrbu . El s-a ascuns aproape întotdeauna de colaboratorii mei , nu s-a arătat oficial nici o singură dată , iar din biroul său îi aţiţa pe subalternii lui împotriva noastră. Am resimţit permanent împotrivirea şi rezistenţa lui.

Din ceece ştim de la sătenii din comuna Păstrăveni, directorul Sîrbu a transportat înafară camioane întregi din ajutoarele trimise pentru cămin, atunci cînd germanii din grupa noastră nu se aflau în România. Cum plecau ei, cum dispăreau lucrurile din cămin. Este foarte foarte grav şi motivele expuse justificau concedierea lui.

Q: In momentul de faţă , se mai află în funcţie sau a fost dat afară?

W: Sperăm , cel puţin , aşa ni s-a promis că de la 3 ianuarie nu mai ocupă acest post. Era şi timpul . Noi ne-am mirat că un astfel de om poate fi menţinut atît de mult în post. SE spun multe despre el , noi am auzit numai o parte din ce se vorbeşte. De pildă, deoarece este nevoie de mulţi angajaţi , iar salariile sînt bune, posturile în cămin sînt foarte căutate. Ni s-a spus că oricine vrea să fie angajat , trebuie să-i dea mită dr. Sîrbu . Dacă sînt zvonuri, ori

3

dacă e adevărat , nu putem verfica noi de aici, dar pare foarte probabil, din ce am văzut noi înşine la faţa locului , din experienţa noastră cu el. Copiii zac în propria lor urină şi în excremente . Nu sînt niciodată îngrijiţi medical în niciun fel; cînd sînt bolnavi, nu li se face nimic. Dacă eşti doctor şi îţi iei în serios îndatoririle medicale, nu laşi să se ajungă la o astfel de stare de gravitate în cămin. Ar fi timpul să se pună odată capăt la această neglijenţă şi la această mlaştină.

Q: Dacă înţeleg bine, acest medic, directorul Sîrbu, nu numai că nu v-a ajutat cu nimic , ci, dimpotrivă, chiar v-a împiedicat în acţiunea Dv. ?

W. Intr-adevăr, a trebuit să îndurăm mult din partea lui, pînă la ceeace vă pot confirma acum sută la sută: la invitaţia statului bavarez şi ministerului de stat al muncii şi ordinii sociale am adus în Germania 20 de copii din Păstrăveni împreună cu alţi 30 de copii din România , in total 50 de copii - care au fost invitaţi la un cămin de copii din Algau pentru a petrece o vacanţă de 6 săptămîni acolo. Erau numai copii de la cămine pentru cei consideraţi nerecuperabili . Aceşti copii au fost în Algau îngrijiţi în condiţii optime în Algau. M-am putut convinge singur de cît de bine şi intensiv erau îngrijiţi în Algau acesti copii. Erau scoşi la plimbare în fiecare zi, au fost îmbrăcaţi din cap pînă-n picioare ; fiecare copil a primit numai un rînd de îmbrăcăminte, ci şi cîte două schimburi complete, plus lenjerie de corp etc. Cu adevărat ne-am ocupat cît mai bine de îngrijirea acestor copii.

Q: ~~Părinte~~ , am văzut un film la TV germană. E vorba de aceeaşi copii ?

W: Desigur, sînt aceeaşi copii.

4

Q: ...invitaţi de dvs. în Germania.

W: Exact. Prin noi i-a invitat ministerul muncii şi ordinii sociale din Bavaria. Prin intermediul bisericii noastre. Copiii din Păstrăveni s-au întors acasă bine odihniţi , însănătoşiţi în mare măsură , pe cît se putea în 6 săptămîni; toţi au învăţat cîte ceva şi au cîştigat în greutate. Intorşi acasă la Păstrăveni , dr. Sîrbu l-a luat pe unul din aceşti copii , l-a dus în faţa şoferului nostru - care aduce regulat ajutoare şi i-a spus: Povesteşet-i lui nenea cum aţi fost bătuţi la Algău şi cum nu aţi primit nimic de mîncare , cum a trebuit să staţi flămînzi. O asemenea nerușinare, să aţiţi copiii şi încă în faţa unui colaborator al nostru , o asemenea neobrăzare nu am trăit încă în viaţa mea.

Q: A existat şi o plîngere oficială, aici la autroritățile germane din Munchen ?

W: Da, şi acest lucru s-a întîmplat. Două educatoare române au reclamat că nu li s-a dat copiilor destul de băut , că au fost prost îngrijiţi, că au fost duşi prea mult la plimbare. Această reclamaţie a fost înaintată ministerului muncii din Bavaria. Vă daţi seama că personalul căminului din Algau care i-a îngrijit pe copii invitaţi din Păstrăveni a fost indignat la culme că dintr-odată vine o reclamaţie oficială de la minister , deşi nimic nu era adevărat : totul era numai minciună , numai invenţie şi minciună.

Q: După această experienţă tristă, mai doriţi să ajutaţi în continuare copii din România ?

W: Experienţele pe care le avem sînt într-adevăr proaste. Foarte grave, extrem de rele. Eu aş fi renunţat de mult , dacă nu ar fi fost vorba de copii. Am fost furios, disperat, am plîns. Mi-a venit să spun : gata; pînă aici, nici un ajutor de cum încolo pentru

5

România.Dar fiindcă este vorba de copii , de copiii care în cea mai mare parte nu sînt bolnavi, ori sînt numai puţin handicapaţi , copii care au nevoie doar să fie puţin stimulaţi, au nevoie de puţină dragoste - numai din acest motiv nu am renunţat. Şi desigur deoarece ca creştin , îmi trag speranţa şi energia din altă parte. De dragul copiilor am continuat acţiunea mea şi o voi continua şi pe viitor. Intenţionez să ne ocupăm şi în viitor de acest cămin. Am instalat în el noi duşuri, noi căzi de baie, WC uri noi, o garnitură completă de bucătărie, saltele noi, aşternuturi noi, In interiorul căminului aproape totul este instalat nou .

Q: DV. personal aţi fost în vizită la Păstrăveni?

W: Am fost odată şi mă voi duce probabil din nou în februarie. Cînd am fost eu nu era nici pe de parte ceeace ar fi trebuit să fie , dar şoferii noştri care se duc des acolo îmi raportează că s-au făcut progrese. Cînd toate aceste ajutoare materiale s-au încheiat, vrem să aangajăn două educatoare sau educatori care vorbesc româneşte şi să-i trimitem la Păstrăveni pentru a lucra acolo cu un personal care vrea şi este dispus să lucreze cu copiii. Aceasta e condiţia . Ei vor trebui să instruiască acest personal ; să-l formeze şi să-l educe ; dar pentru aceasta trebuie să mai discutăm cu autorităţile din România. Sînt optimist , avînd în vedere că la nivel regional am avut o cooperare foarte bună cu autorităţile ; sper ca şi aceşti educatori pe care vrem să-i trimitem să aibă condiţii bune de muncă şi să poată lucra timp de un an la formarea şi instruirea personalului din cămin.

Q: Deci aţi întîlnit în România din partea autorităţilor şi oameni care v-au ajutat?

W: De bunăseamă că am întîlnit oameni care m-au ajutat. Dl. Ţibulca ,

7

6

prefectul județului și dl. Onisei, unul din directorii de la prefectură m-au ajutat intens.

LOA00015 SCHNEIDERD 24-JAN-1991 15:12:09 7

Despra asta nu pot să mă plîng. Am aflat de asemeni de ajutorul parțial al d-lui Dolhescu, deși a mers mai greu, ori despre ajutorul acordat individual și cu totul particular de diverse personalități din Piatra Neamț.

Trebuie să spun totuși că din acești oameni binevoitori care ne-au ajutat nu se număra nimeni direct din Păstrăveni. Acolo a mers totul foarte greu . De altfel fiindcă Păstrăveni se află la 34 km de Piatra Neaamț , comunicația e foarte grea, iar celor din Păstrăveni le păsa prea puțin de ceeace spuneau cei din Piatra Neamț.

Q: Ați avut vreun contact cu biserica din localitate?

W: Sperăm că acest lucru se va întîmpla pe viitor. Prin dl. Iansen care a fost în numele nostru în România am luat legătura cu biserica ortodoxă și sperăm ca pe viitor să fie transferate special la Păstrăveni cîteva călugărițe pentru a lucra ca educatoare sau surori în cămin. Dacă acest lucru s-ar traduce în realitatea , am fi foarte bucuroși de intervenția bisericii în acest cămin din Păstrăveni. Din partea statului pare posibil un acord, sperăm că și din partea bisericii să se poată. Știm cît de grea este situația bisericii în România , dar o colaborare a ambelor părți ar aduce un cîștig pentru amîndouă.

Q. V-ați plîns cuiva de greutățile întîmpinate în România?

W: Desigur. Sînt în contact permanent cu autoritățile din Piatra Neamț, cu prefectura și cu dl. Onisei . Totuși, pot să spun că pînă acum reclamațiile nu au avut succesul pe care l-am dorit. (SOUND) Unul din motive este că Păstrăvenii se află într-o altă lume. Păstrăvenii reprezintă o mlaștină a corupției, ce trebuie asanată.

Q: Ce vă determină să afirmați aceasta? Ați constatat că lipsesc din lucrurile sau instalațiile aduse din Germania?

W: Mereu lipsesc lucruri. A fost adusă o stație de difuzare , pentru că acei copii să asculte măcar radio , să asculte puțină muzică, dacă oricum cu ei nu vorbește nimeni. Stația a fost montată și funcționa perfect. Intre timp, mi s-a comunicat că stația nu mai există. A fost probabil demontată și a dispărut pur și simplu. De asemeni am constatat același lucru cu jucăriile aduse copiilor. Colaboratoarele noastre au dăruit de Crăciun copiilor 120 de animale de pluș. Două zile mai tîrziu toate jucăriile dispăruseră. Delegatele noastre i-au îmbrăcat pe copii cu haine noi, cu lucruri aduse de noi personal.Rochii, p pulovere, cămăși, pantaaloni. . Oamenii noștri i-au îmbrăcat pe copii cu îmbrăcămintea cea nouă. Două ore mai tîrziu- copiii aveau pe ei din nou hainele vechi.

Copii știu deja ce se întîmplă, le e frică să nu li se fure lucrurile. . Am văzut cum s-au comportat copiii veniți la Algau. Ei au primit toți pantofi noi. Seara nu mai voiau să-i scoată din picioare . Educatoarele germane i-au întrebat : de ce nu vreți să vă scoateți pantofii?

Fiindcă dimineața nu -i mai găsim - au răspuns copiii. IN Algau au învățat cu uimire că pantofii descălțați de cu seara erau tot acolo unde îi puseseră, și dimineața. IN Algau era desigur cu totul altfel, nu îi fura nimeni! Dar la Păstrăveni copii știau prea bine că dacă seara își descălțau pantofii, a adoua zi dimineața nu-i mai găseau. Așa de rău stau lucrurile acolo.

Q: Am auzit că o grupă de colaboratori ai dvs. a fost în România. Ce povestesc ei de la Păstrăveni?

W: In bună parte v-am relatat deja în parte. Ei au văzut cum copiii sînt îmbrăcați tot în hainele lor vechi. Dar au mai constatat

9

că la dispensar condițiile sînt bune. Copii sînt ținuți în curățenie și căldură. IN clădirea principală însă, , în aripa dreaptă însă , condițiile sînt tot cele vechi: copiii zac pe saltelele lor vechi, extrem de murdare, în așternuturi mizerabile, într-o baltă de urină și excremente, mai mulți într-un pat. Deci , condiții foarte , foarte proaste. Asta au trebuit să vadă colaboratorii noștri cu ocazia Crăciunului 1990. Au mai văzut că surorile și educatoarele nu făceau nimic. Cînd oamenii noștri din Munchen se ocupau de copii ori le schimbau lenjeria ori așternuturile, angajatele și angajații români stăteau pur și simplu pe scaun cu mîinile în sîn. Nu mai lucrau , considerau ajutorul germanilor drept o degajare comodă pentru ei. Cei mai mulți dintre salariați sînt angajați pentru 8 ore pe zi, dar ei nu se ocupă decît cîteva minute de copii. In rest se amuză între ei, beau cafea sau se îndeletnicesc de alte lucruri. Pe scurt , îți stîrnesc indignarea.

Q: Cum a fost primită această grupă de germani la Păstrăveni?

W: Ha! ȘI atunci au fost greutăți. O bună întrebare! Mai întîi nu i-au lăsat înăuntru în cămin. Deși noi am încheiat un contract cu prefectura că avem acces oricînd în orice cameră din cămin și avem de asemeni acces la fișele bolnavilor. Cînd au sosit colaboratorii și colaboratoarele noastre au fost ținuți la poarta încuiată a căminului , în frig și au trebuit să negocieze mai multe ore; apoi au trebuit să se întoarcă la Piatra Neamț, la o distanță de 30 de km, să ia de acolo un document oficial să vină înapoi la Păstrăveni și în cele din urmă au fost lăsați , cu ostilitate înăuntru în cămin. DE fapt, nu voiau de loc ca oamenii noștri să pătrundă deloc acolo, cu toate că aveau cu ei ajutoare pentru copii. Q: Să înțeleg din aceasta că ajutoarele nu sînt binevenite?

10

Sound W: Ajutoarele materiale, lucrurile aduse sînt foarte bine primite , fiindcă pot fi furate! Dar îndată ce vrem mai mult decît să aducem aceste ajutoare materiale, deîndată ce dorim să schimbăm condiţiile , ajutorul nostru nu mai este binevenit.

Q: Cine sînt colaboratorii dvs.?

W: Tineri şi tinere din Germania care îşi sacrifică concediul pentru a face un bine copiilor din România. Am avut educatori , îngrijitori de copii, specialişti în computere , instalatori. DEci oameni care au diverse profesii dar care au auzit de acţiunea noastră de ajutor şi despre suferinţele copiilor din România

Cut .....

Narrator: Părinte Weidemann,vă mulţumesc pentru interviu şi pentru acţiunea dvs. de caritate pentru copii din România.

Narrator: In încheierea interviului, preotul Markus Weidemann, un om de 37 de ani, născut ~~mult~~ după sfîrşitul războiului a vrut să adauge ceva care i s-a părut deosebit de important :

W: Noi germanii avem o problemă şi anume că am şti totul mai bine decît alţii. . De fapt , nu ştim mai bine . Noi germanii ~~avem~~ au avut un trecut grav în cel de al II lea RM . CEeace am făcut noi evreilor şi ţiganilor a fost la fel de rău...Tocmai din acest motiv ,simt o responsabilitate istorică ca ceeace s-a întîmplat la noi în Germania timpul războiului să nu trebuie se mai repete nicăieri în întreaga lume. Datorită acestei răspunderi,mă simt obligat să fac ceva pentru copii. SOUND Nu vreau să fac nici un reproş nimănui, nu vreau să acuz pe nimeni ,ori să spun că noi sîntem mult mai morali. Nu sîntem , ci avem astăzi o datorie , din cauza trecutului nostru . De asemeni cred că şi românii au această îndatorire, şi ei trebuie să se străduiască mai mult să corecteze ceeace în peste 40 de ani s-a deteriorat .

Cazul Cighid (sursa: HU OSA 300-60-1 Box 655, Population - Children 1984-1991)

LOA00014 HUREZEANU 03-APR-1990 15:53:28

Der Spiegel on "The Night of Civilization"(II)

Noaptea civilizaţiei-la frontiera simţului moral-sunt consemnele centrului de protecţie a copiilor irecuperabili de la Cighid, judeţul Bihor, descoperit acum, în plină revoluţie românească, cu îngrozită surpriză, în întreaga Europă. Reportajul scris şi filmat al ororii bine pitite în vechiul castel de vînătoare de la Cighid a fost realizat de revista vest-germană Der Spiegel. Îl continuăm -într-un montaj adaptat pentru radio-în emisiunea de astăzi. Reconstituirea unui scenariu al eutanasiei prin starea de fapt, la faţa locului: Voice-Pătrundem printr-o poartă romantică în parcul drăgălaş, şi în timp ce privim de la depărtare castelul oarecum delabrat, cu fîntîna vopsită în ocru şi ferestrele verzi, suntem înconjuraţi de cîţiva copii voioşi. Nu ne dăm seama foarte bine acum dacă aceşti copii sunt într-adevăr grav handicapaţi. Intrăm în clădire, şi dăm în vestibul de pachete peste pachete cu saltele şi alte ajutoare sosite din occident, rămase în colete nedesfăcute, respirînd pentru prima oară aerul din interior-mult mai greu decît suma excrementelor celor 109 copii adăpostiţi aici, şi care au la dispoziţie doar două toalete. În acest aer s-a acumulat o mizerie de ani de zile, igrasia musteşte pe pereţi şi resturile uscate de mîncare zac pretutindeni. Nu putem sta prea mult într-un loc, din cauza miasmelor, ne vine să vomăm. Ne găsim într-o lume în care noţiunile civilizate despre igienă au dispărut în aceeaşi măsură ca şi demnitatea umană.

Salonul no.13 sau Salonul no.14 sunt cartoanele rămase din

- 2 -

alte timpuri ,agăţate de uşile vopiste cu lac,ca şi cum ar vrea să semnaleze ruşinea pentru realitatea de dincolo de ele.În interior,pe parchetul care între timp e ca o scîndură neagră,unul altăuri de altul, paturi metalice de campanie,unul mai ruginit decît celălalt.Pe ele,cuverturi murdare,cearceafuri ude,saltele desfundate cu grămăjoare de excremente uscate.În acest sălaş mizerabil trăiesc zi şi noapte copilaşi-cei mai mici au trei ani.Unii privesc fără privire,alţii se ridică şi se lasă pe vine în pătuţuri,ţinîndu-se de marginea metalică ,alţii îşi lovesc fără încetare capul de bară.Nimeni nu poate şti cît de bolnavi au fost copiii de la Cighid înainte de a ajunge aici sau ,pentru că se află acolo,într-un loc atît de bolnav.Faptul că o fetiţă se plesneşte încontinuu cu mînuţele peste urechi,sîngerînd pe una din tîmple nu poate fi normal.Dar nu e normal nici faptul că de acest copil nu se ocupă nimeni.Mulţi din aceşti fragezi copii ne urmăresc cu privirile,ne zîmbesc,ne prind de haine.Suntem strigaţi:baba,mămico,unchiu,şi mereu,papa.-Papa,adică mîncare.Faptul că nu le-au fost dezvoltate nici cele mai elementare impulsuri este o nelegiurire la fel de mare ca şi lipsa de grijă cu care sunt trataţi.Pe cei mai mulţi nu-i vedem,pentru că stau cu capul şi trupşoarele acoperite sub cîrpe murdare.Dar un plînset gutural-precum un strigăt de nefericire al pămîntului ne face să ştim că sub cuverturile cenuşii vieţuiesc fiinţe umane.Îndepărtăm cuvertura şi în faţa noastră se află un copil cu capul hipertrofiat,dar cu ochi vii,care ne privesc .Membrele rămase în stadiul de dezvoltare embrionară sunt lipite de corp.Aflăm că are familie,că a fost

- 3 -

adus la Cighid de curînd şi că plînge fără încetare."Cei care au familii,care vin aici dintr-o familie,-ne spune fără să clipească îngrijitoarea-n-o mai duc mult."Mai vedem şi alte grămăjoare de cîrpe care palpită,şi cînd le dăm la o parte,avem în faţă,în piele şi oase, mai apropape moartea decît viaţă.

Suntem şocaţi,ne aflăm la marginea eticii,şi nu mai ştim exact dacă la Cighid nu e mai rău să supravieţuieşti decît să mori.

Întrebăm de ce sunt închişi aceşti copii,şi ni se spune că dacă ar fi lăsaţi în voie,ar distruge totul:Cîţiva au fugit din parc în pădure,şi au trebuit căutaţi ore în şir.Alţii au pătruns în camerele celor mici şi i-au lovit.Ne putem imagina o mică ceată sălbatică,dar ne putem îmagina şi că îngrijitori pregătiţi,într-un spital corespunzător ar putea să facă faţă fără probleme acestei situaţii.

Narrator-Vă reamintesc că asistăm la derularea unui scenariu real,consumat,~~poate chiar şi în aceste zile~~ în centrul de protecţie a copiilor irecuperabili de la Cighid,judeţul Bihor.Dramatismul acestei descrieri nu este înscenat sau exagerat.Reportajul scris,apărut la 26 martie în Der Spiegel a fost însoţit de un film de 2o de minute,cu acelaşi conţinut,difuzat între timp în întreaga Europă.Poate că n-ar fi inutil ,dacă şi televiziunea română liberă ar mai renunţa uneori la reclamele caragialeşti ale cutărei scene pseudo-democratice,pentru a coborî puţin în spitalele şi azilele de acest gen ale României.Poate că în loc să-i tot vedem pantofii ,fraţii,acoliţii cabanele de vînătoare şi eşarfele,am afla într-o zi,în mod concret şi cine şi cîte au

- 4 -

fost victimele fostei dictaturi.La Cighid,județul Buhor,foaia de bilanț arată așa:

Voice-54 de morți în 1988,52 de copii morți în ultimul an de domnie al lui Ceaușescu.În perioada de după el,pe fișierul morții de la Cighid s-a ajuns la numărul 5.Răsfoim actele și aflăm următoarele:aici au pierit copii nu doar pentru că erau hidrocefali,pentru că au avut un defect cardiac sau o criză de epilepsie.Aici au murit copii și din cauza mizeriei.-Absces la piciorul drept-septicemie, sau pentru că nu le-a avut nimeni de grijă:"sufocat cu propria vomă."Apare frecvent diagnosticul "paralizat"-așadar copii care,paralizați fiind ar avea nevoie de un scaun cu rotile și îngrijiri speciale,sunt înlăturați-așa ne explicăm de ce am zărit un singur caz de acest fel.Apoi o serie întreagă de dezinterii,aprinderi de plămîni-mai ales în lunile cînd la Cighid domnea un frig de cavou.Cele mai multe din certificatele de deces sunt semnate de dr.Angelica Barbu.Ea a condus acest castel,care oficial are statutul unui spital ,pînă în decembrie anul trecut.Noua doctoriță,Angela Cartiș a certificat 5 cazuri mortale și apoi a dispărut.Acum a preluat comanda sora șefă Rozalia Csabai,34 de ani.N-o interesează decît ~~s-o întindă~~ SĂ PLEACĂ cît mai repede de-aici și să emigreze în Ungaria.Lucrează în fiecare zi a săptămînii pînă la ora 15,împreună cu încă un cadru medical.După-amiaza și noaptea întregul "spital" este supravegheat doar de una din celelalte trei sore medicale și unul din cei doi îngrijitori.Muncile fizice -bucătărie,etc.sunt asigurate de 1o țărănci fără calificare care se alternează în acțiunea de înfometare a copiilor.

- 5 -

Narrator-"ce să facem?"este întrebarea cu care răspunde candid fiecare din medicii,asistentele medicale sau bucătăresele ,întrebaţi şi întrebate despre uluitoarea degradare pe care o girează la Cighid.Nu e apă caldă,nu e căldură,există doar o singură maşină de spălat pentru un munte de haine,iar singura cadă din baie a fost montată recent.Dar atunci de ce nu folosiţi măcar saltelele primte din Germania federală? .Nu se poate pentru că pentru fiecare trebuie completate formulare.Contabilul şef se numeşte Ferenc Deak,are 59 de ani,se poartă la guler tare şi cravată,are secretară cu căciuliţă şi telefon cu manivelă.Este întrebat ce părere are el despre ce se-ntîmplă în casă,şi el răspunde ,în care casă? Cînd îşi revine este de părere:"Nu e bine,nu e bine deloc."Dar redactorii străini trebuie totuşi să înţeleagă că -îşi încheie contabilul şef partitura"-că în acest cămin sunt adăpostiţi doar aceia,care pentru statul nostru,cum să sspun,nu au nici un fel de trebuinţă".Contabilul şef pleacă de la ideea că superiorii lui de la Oradea n-ar trebui să fie ţinuţi la curent cu ceea ce se-ntîmplă acolo,pentru că oricum ştiu ei care-i treaba."Corupţia şi birocraţia sunt vechile şi noile probleme ale României-"este de părere Constantin Nenciu,27 de ani,student în drept,responsabilul serviciului social de la primăria din Oradea.El e convins că se fură din hrana copiilor de la Cighid-"Peste tot unde se mănîncă se şi fură,în această ţară.Această mentalitate se schimbă foarte greu.E nevoie de generaţii.O revoluţie sîngeroasă nu ajunge."Doctoriţa Angelica Barbu nu e de găsit.Şi-a găsit post între timp la Oradea.Doctoriţa Anca Cartiş,care a urmat-o la Cighid,pentru

-6-

două luni povestește cum în căminul de la Cighid nu se făcea focul cu săptămînile, în zilele de iarnă, și că mulți din copiii morți de aprindere la plămîni erau de fapt înghețați. Doctorul șef Pal Szabo de la spitalul de copii din Salonta, căruia îi este subordonat Coghid-ul este cel care a botezat castelul ororii, Katanga. Departe de el, de noi și de lume, Cighid-alias Katanga angajează mai puțin. Ceaușescu e oricum singurul vinovat, și vinovatul a fost pedepsit. Cu doi-trei ani în urmă citeam în România liberă un articol semnat de doi clincieni de prestigiu de la spitalul de copii Grigore Alecsandrescu din București. Ei spuneau că nou-născuții au nevoie în primul rînd de zîmbet, și mai puțin de lapte. Că iarna, ferestrele trebuie deschise larg, iar căldura în cameră redusă. Se-ntîmpla la București, nu la Katanga, Se-ntîmpla la Cighid, nu la Katanga, iar numele de Ceaușescu, fie el și modificat sau nuanțat acum în declinarea diabolizării n-a fost decît g[illegible]

LOA00013 HUREZEANU 02-APR-1990 15:36:39

Der Spiegel on "The Night on Civilisation in Cighid"

Voice-Nu ne vine să ne credem ochilor,noi cei de la revista Der Spiegel şi realizatorii emisiunii de televiziune Spiegel TV.Vedem ,şi nu ne vine să credem că ceea ce vedem este aievea. Dar blitz-ul aparatului de fotografiat străluminează încăperea obscură şi trebuie să ne dăm seama că nu suntem prizonierii unui coşmar ,şi că ceea ce descoperim brusc în încăpere sunt fragmentele unei realităţi îngrozitoare.Ca să ne putem ţine şocul sub control,începem să numărăm unul cîte unul trupurile celor care sunt înghesuiţi aici-17 la număr.Hăinuţele lor sunt murdare şi zdrenţuroase,unii sunt acoperiţi doar de cîrpe sau sunt dezgoliţi pe jumătate.Pe corpuri vedem vînătăi,pe spate şi fese, răni din cauza şederii îndelungate,pe căpşoarele tunse scurt ,plăgi deschise.Se aude ,repetat des, doar un singur sunet:HU-hu-hu-hu.Ne aflăm,în a treia lună după Ceauşescu ,pe o terifiantă insulă a arhipelagului Gulag al copiilor.

Narrator-Este un fragment desprins din cel mai dramatic reportaj pe care l-am citit vreodată în presa occidentală. Acest reportaj a fost publicat,ca articol principal al revistei,în numărul de la 26 martie al săptămînalului Der Spiegel.Între 25 şi 31 martie un reportaj filmat,de acestă dată,realizat de redactorii emisiunii de telviziune Spiegel TV a fost difuzat în mai multe ţări din Europa ,prin posturile de televiziune Luxemburg,Satelit 3 şi Super-Chanel Alte ziare şi reviste occidentale de mare tiraj au preluat părţi importante din reportajul realizat în România,publicînd şi numeroase fotografii.Cunosc germani care mi-au spus că n-au putut vedea

-2-

filmul pînă la sfîrşit, îngroziţi şi sfîşiaţi de ce văd. "Noaptea civilizaţiei" se numeşte articolul din Spiegel. Noaptea civilizaţiei, lagărul de exterminare a copiilor cu mintea şi sufletul umbrite, sunt două doar din sinonimele folosite pentru a numi centrul de protecţie a copiilor handicapaţi din judeţul Bihor, de la Cighid, o localitatea situată la cîţiva kilometri de frontiera cu Ungaria. Aici au fost, scris, filmat şi plîns ziariştii germani cu cîteva zile în urmă. Nu este primul film despre suferinţele copiilor în spitalele şi orfelinatele ceauşismului difuzat în ultimile trei luni, în occident. Este cel mai sfîşietor. Colţeşti, Plătăreşti sau Abrud sunt alte halte obligatorii, între timp identificate, pe acest drum al golgotei micilor mucenici halucinaţi şi halucinanţi ai ceauşismului. Cighidu-l este ...

Voice-... o noţiune, care trebuie inclusă pe lista numelor care semnifică anularea civilizaţiei umane, listă în fruntea căreia un german nu îndrăzneşte să asocieze Auschwitz-ul. Dar de un Auschwitz vorbesc în orice caz sătenii din jurul Cighid-ului, deşi Cighid-ul nu este şi n-a fost vreodată Auschwitz. În Chighid tabuu-riile morţii au fost formal respectate. Cighid este numele eutanasiei prin starea de fapt, la faţa locului.

Ai putea să vorbeşti şi despre Colţeşti, numele castelului din Carpaţi, unde şoferii unor camioane austriece, care transportau ajutoare au descoperit copii într-un spaţiu asemănător al ororii , şi unde un tîmplar refuza să repare piciorul frînt al unei mese, pentru că , pentru el, executarea a 6o de sicrie pe an, -bilanţul tragic al spitalului-era o afacere

-3-

mult mai rentabilă.Sau Plătărești,numele unui sat din preajma Bucureștiului,unde într-un cămin pentru copii bolnavi,șansele de supraviețuire ale celor care nu se pot hrăni singuri sunt foarte reduse,și unde anul trecut au pierit așa peste 5o de ființe.Sau Abrud,în județul Alba,unde într-un spital de bolnavi cronici,copii și adulți laolaltă,domnesc aceleași teribile condiții.

Cighid este localitatea din județul Bihor unde se află un centru de protecție pentru copii handicapați irecuperabil fizic și psihic.Cighid însă este numele unui întreg sistem centralizat de supraveghere.

Narrator-La trei luni de la victoria revoluției, la Cighid condițiile au rămas aceleași.Ajutoarele venite din străinătate-hăinuțe și pături,jucării și medicamente stau închise,în sacii în care au ajuns,într-o cameră specială.Ceaușismul a lăsat moșteniri multe și sinistre .Una din ele,mai puțin cunoscută,este alcătuită din acești handicapați ai politicii de natalitate ai ultimilor ani. Autoarea reportajului din Der Spiegel încearcă să deslușească resorturile politicii nataliste a fostului dictator,acest zeu protector crunt al legiunilor de copii nedoriți,din care,mii au devenit locatarii coloniei penitenciare a irecuperabililor.Irod omorîse doar copii născuți cîndva și undeva anume.Ceaușescu a fost însă stăpînul unei împărății,în care cadavrelor mamelor răpuse în încercări nereușite de avort,se adaugă celor ale foetușilor lepădați sau vînduți contra devize,orfanii sortiți securității și apoi acești umili martori tulburați ai creșterii oprite ,selectați anual de comisii județeane,care funcționau în

- 64 -

fiecare din cele 39 de judeţe ale României.copiii cu grave deficienţe fizice şi psihice,calificaţi drept irecuperabili,de la trei ani în sus şi cu un cuotient de inteligenţă de la 3o în jos ;ei erau sortiţi lagărelor ~~de exterminare~~ de tip Cighid.Securitatea-pentru orfanii normali-şi Cighid pentru ceilalţi-scrie Ariane Barth în Der Spiegel-erau cele două feţe ale aceluiaşi principiu.Cighid-Bihor-descrierea infernului,cu permis de la primărie:

Voice-Cine nu e nebun ,devine repede în acest spaţiu semi-obscur şi teribil.O fereastră cu gratii şi murdară dă spre coridorul interior,o alta,căptuşită cu hîrtie albastră şi fîşii lipite,dă spre parc.Prin oberlichtul acestei ferestre ,prin excrementele uscate lipite de gratii pătrunde puţină lumină palidă ,dar razele acestea de martie nu ating deloc pardoseala umedă de beton.Este încăperea cunoscută sub numele de Izolator,unde copii cu picioarele şi fundul gol stau îngrămădiţi unul alături de altul.Cel mai suferind între victimele acestei ierarhii a violenţei s-a ascuns sub pat,unde tremură pe beton.Soba din teracotă,cu uşiţa sfărîmată,nu funcţionează,bineînţeles.Focul ar fi prea periculos pentru aceşti prizonieri nesupravegheaţi.

În acest cămin de exterminare pentru copii,victimele pier într-un fel anume.Fiecare al doilea trup de copil dintr-un grup de aproximativ o sută este aşternut pe năsălia din camera alăturată spălătoriei de vase,pe care se poate citi:Morga.Dar colectivul care populează această sală de aşteptare a morţii se reface mereui-şi membrii lui sunt acum aici,în izolator.

Narrator-Pentru că am în faţă nu doar articolul din Der

-5-

Spiegel,despre Cighid,ci păstrez în memorie şi filmul de televiziune făcut la Cigid,întrerup din cînd în cînd textul,pentru a încerca să descriu pentru dvs.cîteva din imagini.Centrul de recuperare prin moarte de la Cighid funcţionează într-un fost castel nobiliar dezafectat.Mizeria şi dărăpănarea lui sunt impresionante,mai ales în interior.Bucătărese grase hrănesc cu un fel de terci,direct din căldare,aceste trupşoare sfîşiate de durere,păduchi şi frig,acoperite de răni deschise ,excremente şi deseori sîngerînd din cauza loviturilor cu capul de pereţi sau pe care aceste vietăţi plăpînde şi le aplică singure ,plesnindu-se ritmic cu palmele peste urechi-este vorba de sindromul hospitalismului de care suferă mai toţi cei internaţi multă vreme-.Unul dintre ei,un băieţel cu ochi negri enormi,şi cu o rană sîngerîndă în creştet refuză mîncarea.Un gest cu mînuţa în lături,repetat mereu,de cîte ori bucătăreasa vrea să-i vîre în gură lingura cu terci.Gestul celui care nu mai vrea, sau nu mai poate.Este Tiberiu Varga şi arată la şapte ani ca o mogîldeaţă de doi-trei ani.Într-o cuşcă ,imediat sub scară,două fetiţe închise sub cheie.Personalul comunică vizitatorilor că e vorba de cazuri periculoase.Una din fetiţe are 15 ani,arată ca de cinci.Cele două fiinţe se tîrăsc chinuite pe salteaua deşirată a unui pat de campanie,în frig şi întuneric.Primesc terciul obşetsc cu recunoştinţă,şi furia de care sunt suspectate devine surîs lung şi recunoscător.Peste cîteva ore aceeaşi fetiţă -Martia Duttsch este numele dînsei-este injectată cu Cloropromazinhidroclorhid,un calmant puternic ,abandonat de farmacopeea occidentală pentru că e prea dur şi depăşit,în timp

ce e ţinută strîns de două persoane. Dar am mai văzut în acest film de 2o de minute despre noaptea civilizaţiei într-un cămin de copii handicapaţi din România, asistente medicale, doctoriţe, un contabil şef, un medic şef. Acesta din urmă, în biroul său din Oradea le spune vizitatorilor că de multă vreme s-a obişnuit să numească Cighidu-l un fel de Katanga. Pentru acest domnu doctor înţelept Katanga ar fi semnul de identificare al non-civilizaţiei , de care, cine să fie răspunzător: "Regimul Ceauşescu, domnule, cine altul?".

Urmarea, în numărul viitor.

Bibliografie

I. *Surse inedite*

1. Arhivele Naţionale Istorice Centrale

a) Fond CC al PCR
Secţia Cancelarie :
Dosare : 102/1966, 127/1966, 103/1968, 179/1968, 178/1969, 59/1974, 88/1974, 219/1975, 132/1977, 12/1984, 50/1985, 61/1987, 56/1989
Secţia Administrativ-Politică
Dosare : 7/1967, 8/1967, 8/1972, 1/1975, 15/1986, 18/1986
Secţia Organizatorică
Dosar : 1/1974
Secţia Cadre :
Dosare : C/890, C/891, E/86, G/990, S/357
b) Fond Consiliul de Stat – Decrete
Dosare : 771/1966, 824/1969, 59/1972, 207/1975, 12/1988

2. Direcţia Judeţeană a Arhivelor Naţionale – Vaslui

a) Fond : Casa de copii Tălăşmani
Dosare : 16/1978, 1/1966, 2/1966
b) Fond Casa de Copii Vaslui
Dosare : 7/1979, 16/1978, 1/1979

3. Arhiva Ministerului Sănătăţii

a) Fond Ordine ale Ministrului Sănătăţii
Dosare : 3/1972, 5/1973, 6/1973, 8/1973, 1/1974, 3/1980, 2/1985, 2/1988, 3/1988, 7/1989
b) Fond Cabinet 1
Dosare : 8/1966, 29/1966, 46/1966, 69/1966, 86/1966, 22/1967, 72/1967, 73/1967, 2/1968, 6/1968, 9/1968, 25/1968, 38/1968, 57/1968, 6/1969, 30/1969, 41/1969, 47/1969, 79/1969, 89/1969, 13/1970, 18/1970, 89/1970, 117/1970, 125/1970, 128/1970, 1/1971, 2/1971, 60/1971, 67/1971, 69/1971, 90/1971, 110/1971, 147/1971, 3/1972, 8/1972, 9/1972, 15/1972, 18/1972, 81/1972, 97/1972, 144/1972, 3/1973, 28/1973, 88/1973, 91/1973, 92/1973, 111/1973, 2/1974, 4/1974, 6/1976, 10/1976, 9/1977, 12/1977, 19/1977, 32/1978, 45/1979, 3/1980, 4/1980, 25/1980, 32/1981, 6/1982, 9/1982, 19/1982, 2/1983, 3/1983, 4/1983, 7/1983, 12/1984, 127/1984, 1/1985, 5/1985, 12/1985, 17/1985, 31/1985, 32/1985, 1/1986, 2/1986, 3/1986, 11/1986, 18/1988, 30/1988, 39/1988, 37/1989, 44/1989

c) Fond Cabinet 2
Dosare: 2/1981-1985, 2/1986, 3/1986, 11/1986, 11/1987, 7/1988, 18/1988, 29/1988
d) Fond Cabinet 4
Dosare: 1/1975-1979, 15/1986, 22/1986, 15/1987, 18/1987, 21/1987, 32/1987, 8/1988, 15/1988, 23/1988, 44/1988, 6/1989, 7/1989
e) Fond Direcţia Asistenţei Medicale, Ocrotirea Mamei, Copilului şi Tineretului (DAM – OMCT)
Dosare: 2/1977, 3/1978, 4/1978, 22/1978, 2/1979, 1/1982, 9/1982, 4/1983, 6/1983, 7/1983, 38/1983, 11/1984, 13/1984, 14/1984, 15/1984, 17/1984, 26/1984, 80/1984, 80/1985, 2/1986, 3/1987, 5/1987, 13/1987, 18/1987, 19/1987, 20/1987, 9/1988, 10/1988, 13/1988
f) Fond Direcţia Coordonare, Control, Personal şi Învăţământ (DCCPI)
Dosare: 1/1970, 1/1975, 11/1976, 13/1977, 5/1978, 24/1981, 11/1982, 19/1983, 23/1983, 4/1984, 17/1984, 9/1988, 7/1989

3. Arhiva Camerei Deputaţilor

Fond Marea Adunare Naţională – Comisia pentru sănătate, muncă şi asigurări sociale
Dosar: 5/1971

4. Open Society Archives

HU OSA, Romanian Unit, RAD Background Report/62, cutia 52, dosar 3.
HU OSA, Records of Radio Free Europe/Radio Liberty Research Institute (RFE/RL RI), Romanian Unit – 1, cutia 655, dosar 2, Population 1966-1972.
HU OSA, Records of Radio Free Europe/Radio Liberty Research Institute (RFE/RL RI), Hungarian Unit – 2, cutia 30, dosarul Health-Abortion, Birth Control 1964-1988.
HU OSA 300-60-1, Fond Records of Radio Free Europe/Radio Liberty Research Institute (RFE/RL RI), subfond Romanian Unit, seria Subject Files, cutia 665, dosarul Population – Children 1984-1991.
HU OSA 205-4-70, Records of the Open Media, Research Institute, Information Services Departamnet, Romanian Subject Files 1947-1997, Box 234, Social Issues/Children.
UNICEF/Statistics, 1979.01-1989.06.; Infant mortality, 1985.03-1992.06.

5. Arhiva Ministerului Muncii

a) Fond Cabinetul ministrului
Dosar: corespondenţă/1976
b) Fond Rapoarte MAN
Dosare: 1/1970, 1/1971, 2/1971

6. Arhiva Ministerului Afacerilor Externe

Fond: Problema 241, ONU/CES
Dosare: 6226/1974, 6236/1974, 6251/1974

7. Arhiva Consiliului Naţional pentru Studierea Arhivelor Securităţii

Fond Documentar
Dosare: 10452, 138, vol. 3, 1686, vol. 6, 8662, vol. 6, 8570, vol. 3

8. Arhiva Ministerului Administraţiei şi Internelor

Fond Direcţia Cadre şi Învăţământ, Serviciul 1
Dosar, 8/1975

II. *Surse edite*

1. Instrumente de lucru

Codul Familiei comentat şi adnotat, Editura Ştiinţifică, Bucureşti, 1963.
Codul Penal. Text oficial cu modificările până la data de 1 decembrie 1960 urmat de o anexă de legi penale speciale, Editura Ştiinţifică, Bucureşti, 1960.
Codul Penal al RSR, Serviciul Buletinului Oficial şi al publicaţiilor legislative, Bucureşti, 1975.
Constantinescu, M.G., *Codul penal Carol al II-lea din 18 martie 1936 cu modificările din 24 septembrie 1938*, Editura Ziarului „Universul", Bucureşti, 1938.
Constituţia Republicii Socialiste România din 1965, publicată în *Buletinul Oficial al RSR*, nr. 1/ 21 august 1965.
Direcţia Centrală de Statistică ; Comisia Naţională de Demografie, *Anuarul demografic al Republicii Socialiste România*, 1970-1989.
Dicţionarul Explicativ al Limbii Române, Editura Enciclopedică, Bucureşti, 2007.
Dobre, Florica (coord.) ; Bejenaru, Liviu Marius ; Cosmineanu-Mareş, Clara ; Grigore, Monica ; Ilinca, Alina ; Ionel, Oana ; Gură-Ionescu, Nicoleta ; Neagoe-Pleşa, Elisabeta ; Pleşa, Liviu, *Membrii CC al PCR 1945-1989. Dicţionar*, Editura Enciclopedică, Bucureşti, 2004.
Hamangiu, Constantin N., *Codul general al României cuprinzând, adnotate cu numeroase note explicative şi colecţionate după textele oficiale, toate codurile şi legile uzuale cele mai importante, aflate azi în vigoare*, Editura Librăriei Leon Alcalay, Bucureşti, 1900.
Papadopol, Victor, *Codul Penal al Republicii Populare Române adnotat*, Editura de Stat, Bucureşti, 1948.
United Nations, *Economic and Social Council. Oficial Records. Forty-Eight Session. 12-14 January, 18 February and 23 March – 3 Aprilie 1970, Resolutions. Supplement No. 1*, New York, 1970.
United Nations, *Economic and Social Council. Oficial Records. Fifty-Eight Session. 8-10 January, 17 April – 18 May 1973, Resolutions. Supplement No. 1*, New York, 1973.
United Nations, *Treaty Series*, vol. 1.
United Nations, *Treaty Series*, vol. 90.
United Nations, *Treaty Series*, vol. 1155.

2. Jurnale, memorii

Betea, Lavinia, *Alexandru Bârlădeanu despre Dej, Ceauşescu şi Iliescu-convorbiri*, Evenimentul Românesc, Bucureşti, 1997.
Betea, Lavinia, *Convorbiri neterminate : Corneliu Mănescu în dialog cu Lavinia Betea*, Editura Polirom, Iaşi, 2001.
Chelaru, Rodica, *Culpe care nu se uită. Convorbiri cu Cornel Burtică*, Editura Curtea Veche, Bucureşti, 2001.

3. Lucrări generale şi de specialitate

Brătianu, Ionel ; Roşca, Cristinel, *Copilul instituţionalizat între protecţie şi abuz*, Editura Lumen, Bucureşti, 2005.

Ceauşescu, Nicolae, *Expunere la Consfătuirea de lucru a activului de partid din domeniul ideologiei şi al activităţii politice şi cultural educative, 9 iulie 1971*, Editura Politică, Bucureşti, 1971.

Ceauşescu, Nicolae, *Propuneri de măsuri pentru îmbunătăţirea activităţii politico-ideologice, de educare marxist-leninistă a membrilor de partid, a tuturor oamenilor muncii, 6 iulie 1971*, Editura Politică, Bucureşti, 1971.

Ceauşescu, Nicolae, *România pe drumul construirii societăţii socialiste multilateral dezvoltate. Rapoarte, Cuvântări, Articole. Martie-noiembrie 1974*, Editura Politică, Bucureşti, 1974.

Ceauşescu, Nicolae, *România pe drumul construirii societăţii socialiste multilateral dezvoltate*, vol. 12, Editura Politică, Bucureşti.

Comisia Naţională de Demografie, *Populaţia României* (seria CICRED), Editura Meridiane, Bucureşti, 1974.

Comisia Naţională de Demografie, *Populaţia României şi creşterea economică. Studii de demografie economică*, Editura Politică, Bucureşti, 1971.

Comisia Prezidenţială pentru Analiza Dictaturii Comuniste din România, *Raport final*, Vladimir Tismăneanu, Dorin Dobrincu, Cristian Vasile (editori), Editura Humanitas, Bucureşti, 2007.

Congresul al IX-lea al Partidului Comunist Român, 19-24 iulie 1965, Editura Politică, Bucureşti, 1966.

Cucu, Ioan ; Cucu, Toma, *Psihiatria sub dictatură. O carte albă a psihiatriei comuniste româneşti*, Piatra-Neamţ, 2005.

Directivele Comitetului Central al Partidului Comunist Român cu privire la îmbunătăţirea asistenţei medicale a populaţiei din Republica Socialistă România, Editura Politică, Bucureşti, 1968.

Gal, Susan ; Kligman, Gail, *Politicile de gen în perioada postsocialistă*, Editura Polirom, Iaşi, 2003.

Georgescu, Mircea ; Roşianu, Sabina, *Patologia sugarului şi a copilului mic*, Editura Medicală, Bucureşti, 1975.

Harsanyi, Doina Pasca, „Women in Romania", în Nanette Funk, Magda Mueller (coord.), *Gender Politics and postcommunsim*, Routledge, New York, 1993, p. 46.

Inter-Center Cooperative Research Programme, *Population and Environment Meeting organized by CICRED, the IUSSP Committee on Population and Environment, and the „Departement des sciences de la population et du développement" of the Catholic University of Louvain-la-Neuve, at Louvain-la-Neuve, Belgium on 7-9 November, 1992*, CICRED – Paris, 1992.

Kligman, Gail, *Politica duplicităţii. Controlul reproducerii în România lui Ceauşescu*, traducere din engleză de Marilena Dumitrescu, Editura Humanitas, Bucureşti, 2000.

Lăscuş, Voicu, *Organizarea şi conducerea caselor de copii*, Cluj-Napoca, 1989.

Mihăescu, Dumitru Valeriu, *Reglementarea întreruperii cursului sarcinii şi infracţiunea de avort*, Editura Ştiinţifică, Bucureşti, 1967.

Nicolescu, Alexandru (Episcop), *Chestiunea avortului. Discurs rostit în Şedinţa Senatului de la 7 februarie 1935*, Imprimeria Centrală, Bucureşti, 1935.

Pavelescu, Ion, *25 de milioane. Populaţia – sursă a dinamismului economico-social*, Editura Politică, Bucureşti, 1977.

Prevenirea unor îmbolnăviri la sugar şi copilul mic prin alimentaţie raţională, Editura Medicală, Bucureşti, 1985.

Programul Partidului Comunist Roman de făurire a societăţii multilateral dezvoltate şi înaintare a României spre comunism, Editura Politică, Bucureşti, 1975.

Şuta, Alina, Tămaş Oana *et al.*, *Legislaţia sanitară în România modernă (1874–1910)*, Editura Presa Universitară Clujeană, Cluj-Napoca, 2009.

Tismăneanu, Vladimir, *Stalinism pentru eternitate. O istorie politică a comunismului românesc*, Editura Polirom, Iaşi, 2005.

Trebici, Vladimir, *Populaţia mondială*, Editura Ştiinţifică, Bucureşti, 1974.

4. Periodice

Buletin de informare al Comisiei Naţionale de Demografie, 1973.
Buletinul Ministerului Sănătăţii şi Ocrotirilor Sociale, anul XLV, nr. 5, mai 1940.
Monitorul Oficial, nr. 140, 22 iunie 1935.
Monitorul Oficial, nr. 92, 17 aprilie 1940.
Buletinul Oficial al RSR, Partea I, nr. 72, 17 iunie 1951.
Buletinul Oficial al RPR, nr. 16, 16 mai 1953.
Buletinul Oficial al RSR, Partea I, nr. 60, 22 septembrie 1953.
Buletinul Oficial al RSR, Partea I, nr. 77, 11 decembrie 1953.
Buletinul Oficial al RPR, nr. 30, 1 noiembrie 1955.
Buletinul Oficial al RPR, nr. 26, 3 octombrie 1957.
Buletinul Oficial al RSR, Partea I, nr. 60, 1 octombrie 1966.
Buletinul Oficial al RSR, Partea I, nr. 59, 22 mai 1969.
Buletinul Oficial al RSR, Partea I, nr. 112, 15 octombrie 1969.
Buletinul Oficial al RSR, Partea I, nr. 148, 19 decembrie 1969.
Buletinul Oficial al RSR, Partea I, nr. 28, 28 martie 1970.
Buletinul Oficial al RSR, Partea I, nr. 81, 7 noiembrie 1970.
Buletinul Oficial al RSR, Partea I, nr. 35, 18 martie 1971.
Buletinul Oficial al RSR, Partea I, nr. 21/1972.
Buletinul Oficial al RSR, Partea I, nr. 79, 23 iulie 1972.
Buletinul Oficial al RSR, Partea I, nr. 1, 2 ianuarie 1973.
Buletinul Oficial al RSR, Partea I, nr. 22, 4 martie 1973
Buletinul Oficial al RSR, Partea I, nr. 49, 6 aprilie 1973.
Buletinul Oficial al RSR, Partea I, nr. 68, 14 mai 1973
Buletinul Oficial al RSR, Partea I, nr. 96, 4 iulie 1973.
Buletinul Oficial al RSR, Partea I, nr. 166, 25 octombrie 1973.
Buletinul Oficial al RSR, Partea I, nr. 27, 5 martie 1974.
Buletinul Oficial al RSR, Partea I, nr. 53, 7 iulie 1977.
Buletinul Oficial al RSR, Partea I, nr. 71, 17 iulie 1977.
Buletinul Oficial al RSR, Partea I, nr. 114, 8 noiembrie 1977.
Buletinul Oficial al RSR, Partea I, nr. 53, 7 iulie 1978.
Buletinul Oficial al RSR, Partea I, nr. 54, 10 iulie 1978.
Buletinul Oficial al RSR, Partea I, nr. 20, 17 feburarie 1982.
Buletinul Oficial al RSR, Partea I, nr. 62 bis, 13 august 1983
Buletinul Oficial al RSR, Partea I, nr. 64, 9 august 1984.
Buletinul Oficial al RSR, Partea I, nr. 76/1985.
Monitorul Oficial al României, nr. 46, 25 mai 2004.
Direcţia Generală de Statistică, *Anuarul statistic al RPR 1958*, Bucureşti, 1958.
Direcţia Generală de Statistică, *Anuarul statistic al RPR 1959*, Bucureşti, 1959.
Direcţia Generală de Statistică, *Anuarul statistic al RPR 1960*, Bucureşti, 1960.
Direcţia Generală de Statistică, *Anuarul statistic al RPR 1961*, Bucureşti, 1961.
Direcţia Generală de Statistică, *Anuarul statistic al RPR 1962*, Bucureşti, 1962.
Direcţia Generală de Statistică, *Anuarul statistic al RPR 1963*, Bucureşti, 1963.
Direcţia Generală de Statistică, *Anuarul statistic al RPR 1964*, Bucureşti, 1964.
Direcţia Generală de Statistică, *Anuarul statistic al RSR 1965*, Bucureşti, 1965.
Direcţia Generală de Statistică, *Anuarul statistic al RSR 1966*, Bucureşti, 1966.
Direcţia Generală de Statistică, *Anuarul statistic al RSR 1967*, Bucureşti, 1967.
Direcţia Generală de Statistică, *Anuarul statistic al RSR 1968*, Bucureşti, 1968.
Direcţia Generală de Statistică, *Anuarul statistic al RSR 1969*, Bucureşti, 1969.
Direcţia Generală de Statistică, *Anuarul statistic al RSR 1970*, Bucureşti, 1970.

Direcţia Generală de Statistică, *Anuarul statistic al RSR 1971*, Bucureşti, 1971.
Direcţia Generală de Statistică, *Anuarul statistic al RSR 1972*, Bucureşti, 1972.
Direcţia Generală de Statistică, *Anuarul statistic al RSR 1973*, Bucureşti, 1973.
Direcţia Generală de Statistică, *Anuarul statistic al RSR 1974*, Bucureşti, 1974.
Direcţia Generală de Statistică, *Anuarul statistic al RSR 1975*, Bucureşti, 1975.
Direcţia Generală de Statistică, *Anuarul statistic al RSR 1976*, Bucureşti, 1976.
Direcţia Generală de Statistică, *Anuarul statistic al RSR 1977*, Bucureşti, 1977.
Direcţia Generală de Statistică, *Anuarul statistic al RSR 1978*, Bucureşti, 1978.
Direcţia Generală de Statistică, *Anuarul statistic al RSR 1979*, Bucureşti, 1979.
Direcţia Generală de Statistică, *Anuarul statistic al RSR 1980*, Bucureşti, 1980.
Direcţia Generală de Statistică, *Anuarul statistic al RSR 1981*, Bucureşti, 1981.
Direcţia Generală de Statistică, *Anuarul statistic al RSR 1982*, Bucureşti, 1982.
Direcţia Generală de Statistică, *Anuarul statistic al RSR 1983*, Bucureşti, 1983.
Direcţia Generală de Statistică, *Anuarul statistic al RSR 1984*, Bucureşti, 1984.
Direcţia Generală de Statistică, *Anuarul statistic al RSR 1985*, Bucureşti, 1985.
Direcţia Generală de Statistică, *Anuarul statistic al RSR 1986*, Bucureşti, 1986.
Direcţia Generală de Statistică, *Anuarul statistic al RSR 1987*, Bucureşti, 1987.
Direcţia Generală de Statistică, *Anuarul statistic al RSR 1988*, Bucureşti, 1988.
Direcţia Generală de Statistică, *Anuarul statistic al RSR 1989*, Bucureşti, 1989.
Comisia Naţională pentru Statistică, *Anuarul Statistic al României, 1990*, Bucureşti, 1990.
Dosarele Istoriei, nr. 8, 2003.
International family planing digest, nr. 2, 1975.
Muncitorul sanitar, nr. 44, 1968.
Population, nr. 6, 1974.
Population, nr. 1, 1975
Population, nr. 3, 1991.
Population, nr. 6, 1992.
Population, nr. 6, 1995.
Population, nr. 2, 1996.
Revista română de drept, anul XXVI, nr. 2/1970.
Scânteia, anul XLV, nr. 10323, din 26 octombrie 1975.
Soviet Studies, nr. 3, 1975.
Studies in family planning, nr. 4, 1991.
Studies in family planning, nr. 23, 1992.
United Nations, Department of Public Information, *Yearbook of the United Nations 1970*, vol. 24, New York, 1972.
United Nations, Department of Public Information, *Yearbook of the United Nations 1973*, vol. 27, New York, 1976.
United Nations, Department of Public Information, *Yearbook of the United Nations 1972*, vol. 26, New York, 1975.

III. *Pagini Web*

http : //www.un.org/en/ecosoc/about/index.shtml
http : //www.presidency.ro
http : //dicţionar.romedic.ro

Index

S-au redat cu caractere *italice* trimiterile la paginile din volumul I al prezentei lucrări (*Politica pronatalistă a regimului Ceauşescu. O perspectivă comparativă*).

A

Academia Cehoslovacă de Ştiinţă *70*
Academia de Medicină Franceză *172*
Academia de Ştiinţe Medicale 26, 34, 92, 117
Academia de Ştiinţe Sociale şi Politice a Academiei Române 89 n. 2, 92 n. 1
Academia Poloneză de Ştiinţă *93*
Academia „Ştefan Gheorghiu" 105, 117 n. 3
Adunarea Generală a ONU 98
Albania *34*, *36*, *75*, *118*
Aldea, Mihai 116, *131*
Alessandrescu, Dan 111, 115, *153*
Alford, John *17*
Anastasescu, Mihai 105
Anastasiu, Constantin 112
Anteni (cotidian) *56*
Anton, Lorena *23*
Arhiva Camerei Deputaţilor 109
Arhiva Ministerului Sănătăţii 27 n. 1, 82 n. 1, 109, 174-175, 182-183, 192
Arhivele Naţionale ale României 45 n. 1, 109
Arhivele Naţionale Istorice Centrale 16-17
Arseni, Constantin 115, 117
Aslan, Ana 92, 111-112
Asociaţia Medicilor Americani 71
Asociaţia Medico-Farmaceutică 72
Asociaţia Naţională pentru Studiul Avortului *180*
Asociaţia Poloneză de Dezvoltare Familială *96*
Asociaţia Poloneză de Planificare Familială *96*, *98*

B

B. Ana 83
B. Mihai 83
Baban, Adriana *23-24*
Babeş, Victor 109
Banc, Iosif *127*
Barthou, Louis *172*
Băcanu, Gheorghe 117
Bălan, Ecaterina 150
Bănică, Maria 149
Bârlădeanu, Alexandru 70, *134*, 141
Beauvoir, Simone de *181*
Belgia *34 n. 4*, *210*
Berlin *19*, *71*, *77*, *209*
Berlogea, Octavian 92
Betea, Lavinia *14*, *23*
Biserica Romano-Catolică *61*, *89-90*, *92-98*, *111*, *179*, *264*, *268*
Blayo, Chantal 179
Bobigny, Marie Claire *181*
Bobu, Emil 118, 125
Bobu, Maria 118
Bodnăraş, Emil 99
Boga, Coloman 52 n. 3
Boga, Ioana *136*
Bolovan, Ioan *14*, *23*
Bosnia-Herţegovina *79*, *82-83*, *88*, *212*
Brânză, Vasile 151-152
Brânzeu, Pius 111
Bruckner, Ion 111
Budapesta *19*, *29*
Buletinul Societăţii de Medicină Legală *175*
Bulgaria *14*, *26*, *28*, *30-31*, *33-39*, *41-42*, *52-53*, *57-60*, *110*, *195-199*, *255*, *276-280*
Burghele, Theodor 44, 46, 95 n. 3, 99, 111-112, 125
Buzdugan, Ion 52 n. 3

C

Calomfirescu, Alexandru *161*
Calot, Gerard 106
Camera Deputaţilor *172*, *175*, *269*
Cantacuzino (spital) 161
Carrilo Flores, Antonio 100
Cartiş, Angela 223
Casa de Copii Şcolari Vaslui 212, 214-215, 217, 219
Căminul-spital Cighid 197, 216, 223, 229
Căminul-spital Păstrăveni 210 n. 1, 222
Căminul-spital Predeal 223
Căminul-spital Siret 224
Căminul-Spital Turnu Roşu 217, 223
Căprioară, Dumitru *155*
Ceauşescu, Elena 104, 117 n. 3, 119
Ceauşescu, Nicolae 9, 13-14, *29*, *32*, 32, 36, 71-72, 74, 77, 81, 83, 88, 100, 109, 112, 113 n. 1, *115*, *117*, 116-121, *128*, *130*, *132*, 140, *142*, *145*, *147*, *152*, *154*, 194, *235*, *242-243*, *259*, *262*
Cehoslovacia *22*, *26*, *28*, *30-31*, *33*, *34 n. 4*, *35-36*, *37 n. 2*, *38-39*, *41-43*, *45*, *58*, *61-62*, *66*, *68-70*, *77*, *96*, *110*, *161*, *199-201*, *214*, *276-280*, *283*
Central European University *19*
Centre International de Formation et de Recherche en Population et Développement (CIDEP) 107
Centrul de Calcul şi Statistică Sanitară 182-183, 188-192
Centrul de Consultaţii pentru femei *53-54*
Centrul Demografic al Organizaţiei Naţiunilor Unite la Bucureşti (CEDOR) 86
Centrul Latino-American de Demografie (CELADE) 103 n. 5
Chesnais, Jean Claude 106
Chiratcu, Alexandrina 154
Chişu, Aurel 52 n. 3
Cioară, Gheorghe 99
Ciobanu, Lina 10, 92, 94, 99, 117, 122, *136*
Ciobanu, Victor 44, 46, 84, 111, 133, *151*, *165*
Ciobănete, Viorica 45-47, 51
Ciocan, Aneta 10, 45-47, 122
Ciortoloman, Margareta Henriette 115, *162*
Clamamus, Jean-Marie *175*
Clinica de obstetrică-ginecologie „23 August" 115
Colegiul Central de Disciplină a Personalului Sanitar 19, 78-79, 80 n. 5, 82, 84-85, 142, 174
Colegiul Central Deontologic 72
Colegiul Judeţean de Disciplină 84, 181-182
Colegiul Medicilor şi Farmaciştilor 19, 69-78, 85
Colegiul Ministerului Sănătăţii 72-73, 75, 111
Comisariatul pentru sănătate *50*
Comisia Aliată de Control *72*
Comisia de Sănătate, Muncă şi Asigurări Sociale a Marii Adunări Naţionale *19 n. 1*, *29*, *140*
Comisia de Stat pentru Populaţie *63*, *65*, *68*, *199*
Comisia Guvernamentală pentru Populaţie *65*, *93*
Comisia Naţională de Demografie 10, 19, 30, 47, 69, 86-108, 111, 114, 117, 119, *120*, 121, 123, *141*, *147*, *150*, 247
Comisia Populaţiei 87, 97-99, 102
Comisia Prezidenţială pentru Analiza Dictaturii Comuniste din România *31*
Comisia Ştiinţifică Centrală pentru Studiul Contracepţiei *50*
Comitetul Central al Partidului Comunist Român 44 n. 3, 46-47, 166-167
Comitetul de Cultură şi Artă *117*, *119-120*, *223 n. 2*
Comitetul de Stat al Planificării 89-90, 92 n. 1, *120*, *223*
Comitetul de Stat pentru Economia şi Administraţia Locală 92 n. 1, 196
Comitetul de Stat pentru Îndrumare şi Control a Organelor Locale ale Administraţiei de Stat 89
Comitetul de Stat pentru Problemele Organizării Muncii şi Salarizării 90
Comitetul Internaţional de Coordonare a Cercetărilor 98
Comitetul Naţional Român de organizare a Conferinţei Mondiale a Populaţiei 99
Comitetul Politic Executiv *29*, *118-119*, *146*, *148-149*, *151*, *154*, *226*, *242*
Comitetul Uniunii Sindicatelor din Unităţile Sanitare 28-30, 45, 47, 117
Conferinţa Mondială a Populaţiei (Bucureşti, 1974) 19, 86-87, 97-103, *142*
Conferinţa Naţională a Femeilor *115*, *117*
Consiliul Central al Uniunii Generale a Sindicatelor 92 n. 1
Consiliul de Miniştri 26-27, 29-30, 33, *54*, 78, 89-91, 110-111, *114*, 114, *122*, *127*, *134 n. 2*, *139*, 141, *181*, 186, 203, *228-229*, 232, *248 n. 5*, *249*

Consiliul de obstetrică şi ginecologie *116*
Consiliul de Stat *29-30*, *121*, *128*, *132*, *135-136*, *176*
Consiliul Economic şi Social al ONU (ECOSOC) 97-98
Consiliul Federal pentru Planificare Familială *88*
Consiliul Frontului Salvării Naţionale *18 n. 1*, *167*
Consiliul General al Sănătăţii şi Ocrotirii 109
Consiliul Legislativ *141*
Consiliul Naţional al Femeilor 45, 47, 92 n. 1, 116, 121
Consiliul Naţional al Organizaţiei Pionierilor 196
Consiliul Naţional al Societăţii de Cruce Roşie 47, 121, *147*
Consiliul Naţional pentru Educaţie Fizică şi Sport 115
Consiliul Naţional pentru Studierea Arhivelor Securităţii (CNSAS) 9, 17, 124, 126-127
Consiliul pentru Probleme familiale *94*
Consiliul Provizoriu de Uniune Naţională (CPUN) *166*
Consiliul Sanitar Superior 10, 19, *29*, 34-35, 40, 44, 47, 50, 54, 61, 69, 71-72, 75, 77-78, 80, 97, 108-123, *147-151*, *159*, *162*
Consiliul Sănătăţii Publice şi de Politică Socială *81*
Consiliul Superior al Agriculturii 90
Consiliul Superior al Sănătăţii şi Asistenţei 109
Consiliul Tehnico-Economic 31
Constanţa *121-122*, *125*, *133*, *135*, *148*, *284*
Cracovia *96*
Creţu, Şerban 52
Croaţia *79*, *82-84*, *88*, *212-213*
Crucea Roşie 63
Csabai, Rozalia 223

D

Dalea, Mihai 99
DANA *68*, *77*
Danemarca *35*
Datcu, Ion 87, 105 n. 1
David, Henry P. *24*, *36*, *40 n. 7*, *161*, 179-180
Deneuve, Catherine *181*
Departamentului Securităţii Statului *126*
Direcţia Asistenţei Medicale Curativo-Profilactice 18 n. 1, 31-32, 45, 49-52, 118, *135*, *145*, *152*, *160-161*, *163*, 173, 175, 199
Direcţia Centrală de Statistică 89-90, 92 n. 1, 105, 192
Direcţia Coordonare, Control, Personal şi Învăţământ (DCCPI) *29*, 33-34
Direcţia Dezvoltării şi Planificării 31
Direcţia Farmaceutice şi Aparatură Medicală (DFAM) *29*, 31, *160*
Direcţia Finanţării şi Administrării 31
Direcţia pentru Administraţia Locală de Stat 196
Direcţia pentru Probleme de Muncă şi Ocrotiri Sociale 196
Direcţia Plan, Statistică Muncă şi Salarii *135*
Direcţia Sanitară a Municipiului Bucureşti (DSMB) *158*
Direcţia Sanitară Judeţeană 54, 66, 174, 181-182
Divizia Naţiunilor Unite pentru Populaţie (UNFPA) *84*
Doczy, Paul 111
Drăghici, Alexandru *126*, *227*, 231
Duca, Mihai 111
Dumitrescu, Alexandru 149
Duras, Marguerite *181*

E

Editura Medicală 31
Elet es Irodalom (săptămânal) *103*
Enăchescu, Dan 44, 46, 91, 111-112
Erhan, Eugenia 45
Estaing, Valéry Giscard d' *181*
Europa de Est *14*, *22*, *24-28*, *30-45*, *49-111*, *113*, *153*, *155*, *166*, *183-185*, *187-280*
Europa Occidentală *20*, *33*, *35*, *39-40*

F

Facultatea de Medicină din Craiova 34, 52 n. 3
Fazeckás, János 140
Federaţia Internaţională de planificare familială *77*, *85*
Femmes françaises (săptămânal) *179*
Filantropia (maternitate) 52, 199
Finlanda *59*, *86 n. 1*, *96*
Foch, Ferdinand *173*
Fock, Jenoe *104-105*
Fondul Naţiunilor Unite 102
Franţa *26-28*, *30*, *32*, *34 n. 4*, *35*, *40*, *47-185*
Frejka, Thomas *70*, *199*
Frontul Popular *176*

G

Ganţoi, Olga *162*
Gaulle, Charles de *272*
Găinuşe, Alexandrina 10, 81, 117, 122, *151*

Gâdea, Suzana 92, 99, *130-131*
Geamănu, Grigore *136*
Gerry, Christopher *23 n. 3*
Gheorghiu, Liliana *162*
Gheorghiu, N.N. *162*
Gherasim, Leonida 117
Ghercă, Mihai 151-152
Gheţău, Vasile *23*, 87, 96
Gingsburg, Faze *19 n. 6*
Girard, Alain *27 n. 2*
Giraud, Marie Louise *178*
Glass, David *17 n. 4*
Gociu, Angelica 199
Gociu, Carmen 199
Gomulka, Władysław *91*, *93*
Grecia *35*
Grenoble *179*
Guernut, Henri *175*
Guriţă Manole, Iorgu 149

H

Hardy, Georges *171*
Heitlinger, Alena *20 n. 1*
Heller, Agnes *19 n. 4*
Hitler, Adolf *71*
Hoffmann, David L. *20 n. 2*
Hornaru, Irina 151-152
Hruşciov, Nikita *51*

I

Iacob, George 117
Iepan, Florin *18 n. 2*
Inspectoratul Sanitar Central de Stat 18 n. 1, 49 n. 1, 50
Institut National d'Études Démographiques 16, 95
Institute for Demographic Training and Research (IFORD) 102
Institute of Population Problems 102
Institutul Central al Cercetării Medicale 72
Institutul de Cercetări Juridice 90, 104 n. 4, 139
Institutul de Geriatrie 92
Institutul de Igienă 51-52
Institutul de medicină şi famacie Bucureşti 34, 46-47, 51, 52 n. 2, 112, 117
Institutul de Medicină şi Farmacie Iaşi 34, 52 n. 2
Institutul de Medicină şi Farmacie Târgu Mureş 52 n. 2, 111, 117
Institutul de Ocrotire a Mamei şi Copilului 33-34, 230, 233
Institutul de Sociologie 90
Institutul Naţional de Studii Demografice (INED) *19*
Institutul Republican de Studii Sociale şi Demografice 89
Ion, Matei 103 n. 5
Ionescu, Iosef 92, 99
Iugoslavia *14*, *26*, *28*, *30-31*, *34*, *36*, *37 n. 2*, *38-39*, *41*, *43*, *45*, *79-81*, *83-87*, *89*, *209-211*, *213*
Ivan, Ruxandra *24 n. 2*

Î

Întreprinderea Dâmboviţa 57 n. 4, 62 n. 1
Întreprinderea de Biscuiţi „Berceni" 62

J

Jackson, E. *19 n. 5*
Joiţa, Elisabeta 45
Juvara, Ion 111

K

Kadar, Janos *105*
Kallai, G. *103*
Kania, Stanislaw *94*
Kligman, Gail 9, *13*, 17, *22-23*, *26*, 87, 99, 106, 109, 123, 175-176, *253*, *263*
Klinger, A. *193*

L

Lannelongue *172*, *174*
Lazlo, Ioan 117
Leagănul Botoşani 204-205, 216, 222, 224, 228
Leagănul Călăraşi 222
Leagănul Drobeta-Turnu Severin 221
Leagănul Giurgiu 221
Leagănul Ploieşti 205, 218, 224, 227
Leagănul Pucioasa 226 n. 3
Leagănul Suceava 224
Leagănul Tecuci 221
Leagănul Vaslui 206, 212
Legge, Jerome S. *17*, *22*
Lemnete, Ioan 115
Lenin, Vladimir Ilici *113*
Liiceanu, Aurora *14*
Lippes 77, *161*
Litinschi, Elena *156*, *161*

M

M. Cornel 83
Macedonia *79*, *82-83*, *87-88*, *210*, *212*
Macura, Milos *20 n. 7*, 103
Madaj, Barbara *23 n. 3*
Malthus, Thomas Robert *20 n. 8*, *21*, *170-171*
Manole, Gheorghe 150
Manoliu, Lia 115
Marea Adunare Naţională 46-47, 91, 110, 112, 141
Marea Adunare Naţională Bulgară *55*, *60*
Marea Britanie *34 n. 4*, *40 n. 2*, *96*, *171*
Marinescu (Marinoff), Voinea *123*, *129-130*, *223 n. 2*
Marx, Karl *21*
Maurer, Ion Gheorghe *127*, *154*
Măgureanu, Milică *130*
McIntosh, Alison C. *17 n. 3*
McIntyre, Robert J. 178
McQuillan, Kevin *21 n. 5*
Mehlan, K.H. *153*
Mellish, Liz *23 n. 3*
Mesaroş, Emil 96
Milcu, Ştefan 111
Miliţia 14, 17, 31, 37, 41, 55-56, 76-77, 121, 123-131, 133-135, 165, *167*
Ministerul Afacerilor Interne 14, 17, 92 n. 1, 123-124, 126, 130, 132-133, 196, 248
Ministerul Afacerilor Sociale *180*
Ministerul Agriculturii şi Industriei Alimentare 121, *147*
Ministerul Comerţului Interior 121, *147*
Ministerul de Externe *139*
Ministerul de Finanţe *117*, *176*
Ministerul de Interne *142*, *145*, *151*, *160*, *167*
Ministerul Educaţiei (Învăţământului) *69*, 104 n. 4, 116, *117*, *120*, 121, *147*, 206, 234, *266*
Ministerul Finanţelor 90, 92 n. 1, 104 n. 4, 197
Ministerul Forţelor Armate 92 n. 1
Ministerul Industriei Chimice 121, *147*
Ministerul Justiţiei 69, 92 n. 1, 104 n. 3, *117*, 123, 128, 136, *138-139*, 139, 143, 196
Ministerul Muncii *15*, 16-17, *19*, 90, 92 n. 1, *176*, 195-196, 209, *269*, *270-271*
Ministerul Sănătăţii (MSPS) 9-10, 14-20, 25-26, 27 n. 3, 28, *29*, 30, 34-37, 39-40, 42-47, 49-52, 53 n. 1, *54-56*, 54-56, 59-68, *60*, *68*, 70-73, *73*, 75, 77-78, *78*, 80, 83-84, 87-88, 91, *98*, *115-117*, 108-119, *121-122*, 121, 128--129, *129-131*, *138-141*, 139, 141, *144-150*, *153-159*, 159, *161-165*, 163-167, 169, 172--176, 182-185, 188-192, 195-196, 198-199, 201-204, 206, 208 n. 2, *210*, 210-211, 216--217, 220-221, 223, *224*, 227-228, 230, 233--235, 237, 241, 247, *248*, *250*, *255-257*
Ministerul Siguranţei Publice *176*
Minovici, Mina 109
Mitterrand, François *181*
Moga, Aurel 44, 46, 71, 89, 111, *129-130*, *132*, *134*, *136*, *249*, *252*, *283*
Moldovan, Roman 89, 92
Monaco, Pamela *23 n. 3*
Moore, Kirsten *23 n. 1*
Moraru, Ioan 111
Moraru, Ion 92, *131*, *134*
Moscova *80*
Motora, Dana Maria 63
Muncitorul Sanitar 145
Muntenegru *79*, *82*, *88*, *212*
Mureşan, Cornelia *23 n. 4*, *24 n. 9*

N

Nagy, Paul 94
Nahodilová, Jana *23 n. 3*
Naur, Jean Yves *27 n. 3*
Neculau, Adrian *23 n. 2*
Neuwirth, Lucien *180*
Niculescu-Mizil, Paul 115, *130*
Niţescu, Vasile *162*
Novi Sad *88*

O

Ocrotirea Mamei, Copilului şi Tineretului (OMCT) 18 n. 1, *29*, 33, 49 n. 1, 50, *156*, *161*, *163*, 186
Office of Population Research 102
Ogino-Knaus *165*, *175*
Ojoc, Elena 154
Olanda *35*
Olteanu, Ion 150
Open Media Research Institute (OMRI) *29*
Open Society Archives 16, *19*, 20, *28-30*, 109, 184-185, 188, 197 n. 2
Orădean, Lidia 45-47, 115, 118
Ordinul Naţional al Medicilor din Franţa 71
Organizaţia Mondială a Sănătăţii 179
Organizaţia Naţiunilor Unite *80*, *86*, 86-87, 95, 97-99, 101-106, *160*
Ozun, Radu 116

P

Pantilineţ, Vasile 14
Parchet 138

Parlamentul RDG (Volkskammer) *74*
Partidul Comunist Bulgar 54
Partidul Comunist Francez *174*, *180*
Partidul Comunist Maghiar *99*
Partidul Comunist Polonez (PCP) 91, 93-94
Partidul Comunist Român *15*, *18*, *29*, *115 n. 4*, *116-118*, *120*, *122*, *126-127*, *129-130*, *132*, *134-135*, *137*, *140-141*, *145-147*, *149*, *151*, *156*, *226-229*, *235*, *242*, *256*
Paţiu, Zoe 117
Paulet, Claude 106
Păun, Radu 44, 46, 111
Petrescu, Maria 117
Pfeffer, Naomi *17 n. 1*
Polizu (maternitate) 34, 51 n. 5, *131*, *139*, *155*, *162*
Polonia *14*, *26*, *28*, *30*, *33-36*, *37 n. 2*, *38-39*, *41*, *43*, *89-91*, *93-97*, *111*, *214-217*, *276-280*
Pop de Popa, Ioan 111, *136*
Popescu, Dumitru 71, 99
Popescu, Petru *156*
Popovici, Nicolae *165*
Population Investigation Comitee 102
Porca, Eugen 44
Portiokappe *78*
Portugalia *33 n. 6*, *35*
Predescu, Vasile 78, 84, 111
Pressat, Roland *25 n. 1*, 106, *206*
Proca, Eugen *147*
Procuratură 10-11, 14, 17, 31, 37, 41, 55-56, 69, 76-77, 79, 121, 124-125, 128-131, *139*, 139, 143-144, *144*, *146*, 165
Programul Naţiunilor Unite pentru Dezvoltare (PNUD) 103
Puşcaşu, Reta 151

Q

Quine, Maria Sophia *20 n. 5*

R

Radio Europa Liberă 16, 20, 184-185, 188
Rapp, Rayna *19 n. 6*
Rath, Ferdinand Joseph Cornelius Maria 104-105
Ratko *100-102*
Răutu, Leonte *128*
Regional Institute for Demographic Training and Research 102
Republica de la Weimar *71*
Republica Democrată Germană (RDG) *14*, *22*, *26*, *28*, *30-31*, *34*, *35 n. 5*, *36*, *37 n. 2*, *38-39*, *41*, *43*, *45*, *58*, *70-73*, *74-79*, *96*, *111*, *163-164*, *195*, *200*, *204-209*, *276-280*, *283*
Retegan, Gheorghe 89, 92
Ricardo-Campbell, Rita *17 n. 3*
Richards, M. *19 n. 5*
Roman, Petre 112 n. 1
Rose, Melody *18 n. 3*
Rostock *73*, *77*
Rotival, Alexander 103
Rugină, Valeriu 112, 117
Russ, Virginia 99, 103 n. 5, 111

S

Salas, Rafael M. 102-103
Sandu, Georgeta 150
Sauvy, Alfred 95, 106
Sârb, P. 52 n. 3
Sclater, S.D. *19 n. 5*
Secţia Învăţământ şi Sănătate a Comitetului Central al PCR *116-117*
Serbia *79*, *82*, *88*, *210-214*
Seregely, Gyorgy *109*
Siegel, Jacob S. *20-21 n. 8*
Skopje 87
Slovenia *79*, *82-83*, *85*, *88*, *212-213*
Societatea de Cruce Roşie 26, 47, 116, 121
Societatea pentru o Maternitate Responsabilă *96*
Sofia *59*
Solidaritatea *94-95*
Solomonescu, Olimpia 45-47, 118, *147*
Soulet, Jean Francois *26 n. 2*
Sovietul Suprem 51
Spitalul Clinic Filantropia *157*, *159*, *163*
Spitalul Colţea 52, 58 n. 2, 198, 216, 224
Spitalul comunal Mogoşeşti 198-199, 201
Spitalul comunal Vadu Lat 198, 201, 218, 228
Spitalul de pediatrie „Grigore Alexandrescu" 116
Spitalul de psihiatrie şi neurochirurgie „Gheorghe Marinescu" 62, 78
Spitalul Floreasca 52
Spitalul Fundeni 52
Spitalul judeţean Giurgiu 198-199, 201, 204
Spitalul orăşenesc Bolintin Vale 201
Spitalul pentru distrofici Vidra 199
Spornic, Aneta 10, 122
Sterian, Gili 154
Stoica, Chivu 128
Stoica, Gheorghe 92
Strumlin, S.G. 21 n. 4
SUA *128*, *161*
Sullerot, Évelyne *179*

Suţu, Alexandru A. 109
Swanson, David A. *20-21 n. 8*
Szontagh *109*

Ş

Şalapa, Ilie *147*
Şcoala de Surori „Crucea Roşie" 63

T

Tabah, Leon 104-105
Tismăneanu, Vladimir *24 n.1*, *26 n. 1-3*, *32*, *283*
Tito, Josip Broz *80-81*
Tobin, Kathleen *19 n. 3*
Trebici, Vladimir *14*, *23*, 87, 92, 95 n. 4, 96, 103, 106 n. 2, *165 n. 5*
Tribunalul Suprem al RSR 136, 139, *141*, 152
Trofin, Virgil 99, *127*, *227*

U

U Thant *86*
Ungaria *14*, *22*, *26*, *28*, *30-31*, *33 n. 6*, *34 n. 4*, *35-39*, *42-43*, *45*, *58*, *99-101*, *103-105*, *108--111*, *118*, *156*, *161*, *164*, *194*, *205*, *214*, *217--220*, *222*, *276-280*, *283*
UNICEF 186, 188 n. 1
Uniunea Generală a Sindicatelor din România 26, 47, 71, 92 n. 1, 121, *147*, *249*
Uniunea Naţională a Cooperativelor Agricole de Producţie 92 n. 1
Uniunea Societăţilor de Ştiinţe Medicale (USSM) 26, 71, 73, 109
Uniunea Tineretului Comunist (UTC) 53, 92 n. 1, 121, 128, *147*, *150*, 196
Uniunea Tineretului Muncitoresc 196
URSS (Uniunea Sovietică) *31*, *35-36*, *42*, *50-51*, *53*, *60*, *75*, *101*, *113*, *114 n. 2*, *175-176*, *185*, *191*, *262*
Ursuleanu, Ion 116, *131*

V

Valenti, Catherine *27 n. 3*
Varşovia 96
Vasile, Andrei 149
Vasiliu, Vlad 131, 155
Vâlcu, Vasile 91
Veil (legea) *181-183*
Veil, Simone 16
Vichy *177-178*, *266 n. 3*, *267*, *271*, *275*
Voicu, Ion 87
Voivodina *79*, *82*, *84*, *210*, *212-214*
Vuşan, Apostol 154
Vuza, George Pavel *114*, *130*

W

Weill-Hallé, Lagroua Marie-Andrée *179*
Williams, Carol J. 197
Winter, Richard *136*
Wright, Nicholas H. 185

Z

Zagreb *88*
Zeidenstein, Sondra *23*

www.polirom.ro

Redactor: Alina Radu
Coperta: Laurenţiu Midvichi

Bun de tipar: octombrie 2011. Apărut: 2011
Editura Polirom, B-dul Carol I nr. 4 • P.O. BOX 266
700506, Iaşi, Tel. & Fax: (0232) 21.41.00; (0232) 21.41.11;
(0232) 21.74.40 (difuzare); E-mail: office@polirom.ro
Bucureşti, Splaiul Unirii nr. 6, bl. B3A, sc. 1, et. 1,
sector 4, 040031, O.P. 53 • C.P. 15-728
Tel.: (021) 313.89.78; E-mail: office.bucuresti@polirom.ro

Tipografia S.C. MEDIAPRINT S.R.L.
Str. Bucureşti nr. 254-256, Călăraşi, 9100058
tel. (0242)31.12.95, fax. (0242)31.12.95